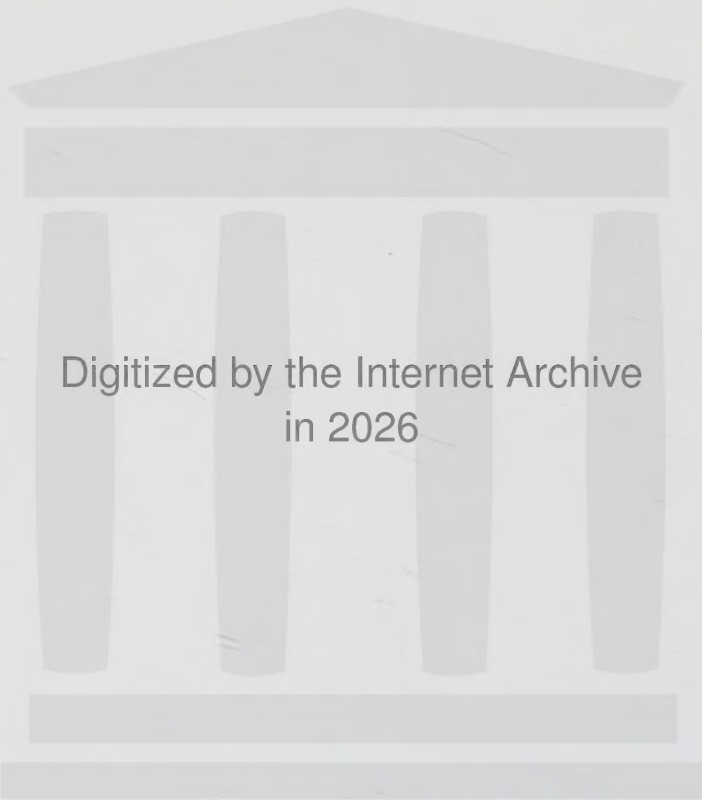


Schwangerschaftskonfliktberatungen und
Schwangerschaftsabbrüche an der Frauen-
klinik der Universität München im
Klinikum Großhadern

Gerda Höfler



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Frauenklinik der Universität München
im Klinikum Großhadern

Vorstand: Prof. Dr. med. H. Hepp

Schwangerschaftskonfliktberatungen und
Schwangerschaftsabbrüche an der Frauen-
klinik der Universität München im
Klinikum Großhadern

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Gerda Höfler

aus

Peissenberg

Jahr

1986

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Priv. Doz. Dr. med Schmid-Tannwald

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med H. Hepp

Dekan: Prof. Dr. med Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 10. Februar 1987

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

A.	EINLEITUNG	3
B.	PATIENTEN UND METHODE	5
C.	ERGEBNISSE	7
1.	Verteilung der Konfliktberatungen auf den Beobachtungszeitraum	7
2.	Verteilung der Konfliktberatungen auf die Indikationsgebiete	8
3.	Sozialstruktur des Patientengutes	9
3.1.	Alter der Patientinnen	9
3.2.	Familienstand	11
3.3.	Sozialstatus	11
3.4.	Kinderzahl und vorausgegangene Aborte	13
3.5.	Lokale Herkunft und Anteil an Ausländerinnen	14
4.	Beratungszeitpunkt und Schwangerschaftsdauer	15
5.	Beratungen bei mutmaßlichen oder erwiesenen Erbschäden des Kindes	17
5.1.	Darstellung der Beratungsindikationen	17
5.2.	Monogene Erberkrankungen	22
5.3.	Polygene Erberkrankungen	24
5.4.	Chromosomenaberrationen	28
6.	Beratungen bei mutmaßlichen bzw. erwiesener Schädigung des Kindes durch exogene und endogene Noxen	31
6.1.	Verdacht auf medikamentös-toxische Schäden	31
6.2.	Mechanische Irritationen	38
6.3.	Verdacht auf Infektionen	41
6.4.	Strahlenbelastungen	45
6.5.	Endogene Belastungen	50
6.6.	Zeitpunkt der Noxeneinwirkungen	51

	Seite
7. Beratungen bei mütterlichen Erkrankungen	53
7.1. Kardio-vaskuläre Erkrankungen	53
7.2. Gastrointestinale Erkrankungen	58
7.3. Lungenerkrankungen	65
7.4. Erkrankungen des Harntraktes	68
7.5. Gynäkologische Erkrankungen	68
7.6. Neurologische Erkrankungen	69
7.7. Sonstige medizinisch - somatische Erkrankungen	72
7.8. Psychiatrische Erkrankungen	75
8. Notlagenindikationen	80
9. Sonstige Beratungen	82
10. Weiteres Schicksal der Schwangerschaften bei Patientinnen mit Abbruchwunsch	87
11. Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch	89
11.1. Herkunft der Indikationen	89
11.2. Altersverteilung der Patientinnen	92
11.3. Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs	93
11.4. Abbruchverfahren und Komplikationen	95
12. Kontrazeptionsverhalten der Patientinnen	96
 D. DISKUSSION	 98
E. ZUSAMMENFASSUNG	104
F. LITERATURVERZEICHNIS	106

A. EINLEITUNG

Der Schwangerschaftsabbruch war in den Jahren vor und nach der Reform des §218 ein heiß umkämpftes Problem. Schlagwörter wie "Schwangerschaftsabbruch ist Mord" und "mein Bauch gehört mir" kennzeichnen eine heftige und kontroverse Diskussion über die Neuregelung der Gesetzgebung zum Schwangerschaftsabbruch (= SSA), die bis heute nicht verstimmt ist.

Vor 1976 war der legale Abbruch einer Schwangerschaft nur auf Grund einer mütterlich-medizinischen Indikation nach Prüfung eines vierseitigen Antrags durch regionale Ärztekommmissionen möglich. In den Jahren vor der Reform hatte die Auslegung dieses Gesetzes durch die sog. "Interruptionkommissionen" stillschweigend eine Erweiterung auch auf die heute als kindliche und sozialmedizinische bzw. als ethische bekannten Indikationen erfahren (13).

1974 lehnte das Bundesverfassungsgericht den straffreien SSA bis zur 12. Schwangerschaftswoche, also die Fristenlösung als verfassungswidrig ab.

Am 21.06.1976 trat die heute gültige Fassung des § 218 StGB in Kraft, die eine Indikationenregelung mit gesetzlich festgelegtem Beratungsmodus vorsieht. Der Gesetzgeber legte die Indikationen für den straffreien SSA fest. Die Indikationsfeststellung im Einzelfall kann durch jeden approbierten Arzt erfolgen.

Da es nur wenige Empfehlungen z.B. in der Form von medizinischen Veröffentlichungen gibt, die die Praxis der Indikationsfeststellung im Rahmen des § 218 StGB beschreiben (z.B. HEPP, LAU, RUNTE), legen die Ärzte in der Praxis dieses Gesetz sehr unterschiedlich aus.

In der vorliegenden Arbeit werden die Aufzeichnungen vom 156 Schwangerschaftskonfliktberatungen an der Familienplanungsstelle der Universitätsfrauenklinik in München- Großhadern in den Jahren 1980 bis 1982 ausgewertet.

B. PATIENTEN UND METHODE

In der Zeit vom 01.01.1980 bis zum 31.12.1982 wurden an der Familienplanungsstelle der Frauenklinik im Klinikum Großhadern der Universität München insgesamt 165 Schwangerschaftskonfliktberatungen (= SSK) durchgeführt. Davon konnte man 156 Krankengeschichten nach anamnestischen und klinischen Gesichtspunkten retrospektiv auswerten. Neun Krankengeschichten waren nicht in den Archiven aufzufinden. In vier Fällen war eine Konfliktberatung in zwei verschiedenen Schwangerschaften einer Patientin durchgeführt worden.

SSK-Beratungen, die in anderen Bereichen der Klinik durchgeführt wurden, blieben unberücksichtigt.

Als Schwangerschaftskonfliktberatung bezeichnet man Beratungen von Frauen, die nachgewiesenermaßen schwanger waren oder sich schwanger wähnten und im Zweifel darüber waren, ob sie die Schwangerschaft (= SS) würden austragen können.

Die Konfliktberatungen wurden je nach Thematik entsprechend den gesetzlichen Indikationsgebieten in mütterliche, kindliche und solcher aus schwerer Notlage unterteilt, unabhängig davon, ob dann ein Schwangerschaftsabbruch (= SSA) durchgeführt wurde oder nicht.

Vorrangiges Ziel der Beratungen war, eine möglichst optimale Lösung des Konflikts für die Patientin und ihr Kind zu finden. SSK-Patientinnen wurden als psychosomatische Notfälle angesehen und behandelt, weshalb es nicht immer möglich war, an sich wissenswerte Angaben systematisch zu erheben. Ärztliche Zuwendung sollte deutlich über jeglichen Verdacht auf wissenschaftliche Neugier erhaben sein. Auch sollten Fragen nach dem Kontrazeptionsverhalten nicht als Vorwurf für mißglücktes Kontrazeptionsverhalten interpretiert werden können. Daher schien es uns völlig unangebracht, Frauen

im Schwangerschaftskonflikt einen Fragebogen zum Ausfüllen zu übergeben. Die Notizen wurden häufig erst nach der Beratung niedergelegt und waren in vielen Fällen lückenhaft.

Über das weitere Schicksal der Patientinnen in der Schwangerschaft (= SS) gaben zum Teil weiterführende klinikeigene Akten Auskunft. Da spontane Rückmeldungen über den Ausgang der Schwangerschaft nur selten erfolgten, wurde bei Fehlen klinikeigener Akten mit möglichst vielen Patientinnen telefonisch Rücksprache über den weiteren Verlauf der SS genommen. Dabei wurden die Frauen ausschließlich von dem Arzt angerufen, der damals die Beratung durchgeführt hatte. Es konnten dadurch Informationen von 18 Patientinnen teils nach einem Zeitraum von über zwei Jahren gewonnen werden.

Zur Klärung der Frage, ob zwei Kollektive unserer Untersuchung in bestimmten Merkmalen übereinstimmen, wurde nach den in der Statistik üblichen **Methoden** verfahren. Da man in unserer Erhebung aufgrund der niedrigen Fallzahlen weder eine Normalverteilung noch eine gleiche Verteilungsform bezüglich einzelner Merkmale erwarten durfte, kamen nur verteilungsunabhängige Testverfahren in Frage. Zum Vergleich zweier Grundgesamtheiten und ihrer verschiedenen Merkmale wurde als Approximation der Mediantest und der Mehrfelder- χ^2 -Test auf Unabhängigkeit oder Homogenität verwendet. Die Entscheidung über Annahme oder Ablehnung einer aufgestellten Hypothese gelten entsprechend den Angaben für eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 1 % bzw. 5 % .

C. ERGEBNISSE

1. Verteilung der Konfliktberatungen auf den Beobachtungszeitraum

Die 156 Schwangerschaftskonfliktberatungen verteilten sich folgendermaßen auf den Beobachtungszeitraum:

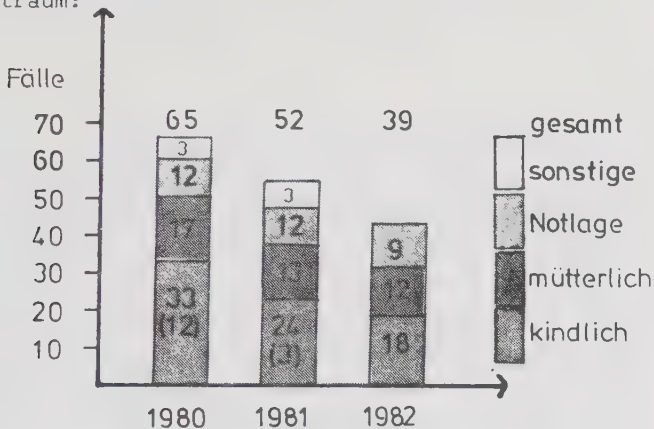


Diagramm 1: Verteilung der Konfliktfälle auf die Beobachtungsjahre

Die Angaben in der Tabelle entsprechen den Beratungsfällen je Indikationsgebiet (Beratungen bei Thalassämiepatientinnen in Klammern).

Durchschnittlich wurden 52 Patientinnen pro Jahr beraten. Im Jahre 1980 waren es 41,7 %, 1981 33,3 % und 1982 25,0 % aller Beratungen. Dies bedeutet eine Abnahme der Beratungsfälle von 1980 bis 1982 um mehr als ein Drittel (40 %). Die Beratungen aus mütterlicher Indikation sanken um 30 %, die Beratungen bei sozialer Indikation um 25 %. Die Beratungen aus kindlicher Indikation gingen in diesem Zeitraum um nahezu die Hälfte (46 %) zurück. Dabei muß allerdings berücksichtigt werden, daß nur bis August 1981 Beratungen bei Thalassämiepatientinnen vorgenommen wurden, da

danach die fetoskopische Blutgewinnung als Methode an der Klinik nicht mehr praktiziert wurde. Korrigiert man die Verteilung entsprechend, so entfallen 37,6 % der Beratungen auf das Jahr 1980, 34,8 % auf 1981 und 27,6 % auf 1982. Dies bedeutet eine Abnahme der Zahl der Konfliktberatungen von 1980 bis 1982 um 26,4 %. Dabei ging die Zahl der Beratungen aus kindlicher Indikation um 14,3 % zurück.

2. Verteilung der Konfliktberatungen auf die Indikationen

Das folgende Kreisdiagramm 2 informiert über die Anteile der einzelnen Beratungsindikationen an den gesamten Schwangerschaftskonflikten. In Beratungsfällen, die mehrere Indikationsgebiete umfassen, wurde zur Einordnung jeweils die Indikation gewählt, aufgrund der die Patientin die Beratungsstelle aufsuchte, bzw. die, auf welcher gegebenenfalls das Gutachten zum SSA basierte.

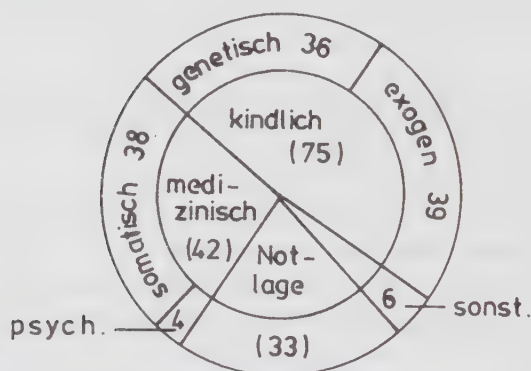


Diagramm 2: Verteilung der Indikationen

Auffällig ist dabei der hohe Anteil der Beratungen

aus kindlicher Indikation (48,0 %). Beratungen bei mütterlicher Indikation in der SS wurden in 26,9 % der Fälle, Beratungen bei schwerer Notlage in 21,2 % durchgeführt. In 3,9 % der Fälle wurde zumindest der Wunsch nach einem SSA nicht geäußert.

3. Alter und Daten zur sozialen Situation der Patientinnen

3.1. Alter der Patientinnen

Eine Übersicht über die Altersverteilung der Frauen zeigt Diagramm 3.

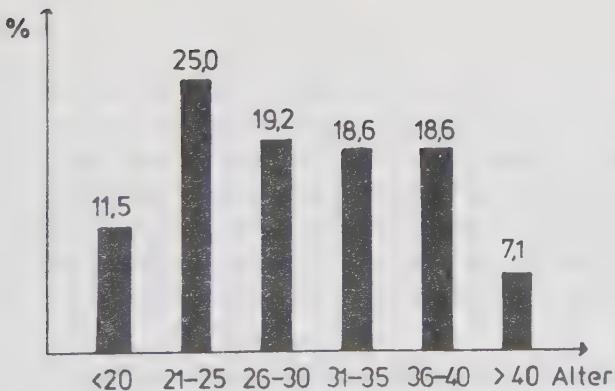


Diagramm 3: Altersverteilung der Patientinnen

Das mittlere Alter sowie die Medianwerte in den einzelnen Beratungsgebieten sind Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1: Mittleres Alter der Patientinnen bezogen auf die unterschiedlichen Konflikte

Beratungsgrund	Altersmedian	Mittelwert
exogene Noxen	25,5	26,2
Erberkrankungen	34	32,3
mütterliche E.	32	31,2
Notlage	28	29,3
gesamt	28	29,5

Der Hauptteil der Patientinnen stand im 20. bis 29. Altersjahr (44,2 %), 37,2 % der Frauen waren zwischen 30 und 40 Jahre alt, 11,5 % jünger als 20 und 7,1 % älter als 40. Das Durchschnittsalter der Mütter mit Konfliktschwangerschaften lag bei 29,5 Jahren, der Median bei 28 Jahren. Die jüngste Patientin war 15 Jahre, die älteste 48 Jahre alt.

Signifikante Verteilungsabweichungen zwischen einzelnen Beratungsgebieten konnten nicht nachgewiesen werden. Nur innerhalb der kindlichen Beratungen zeigte sich, daß Frauen, die eine exogene Schädigung des Kindes befürchteten, signifikant jünger waren als Frauen, die sich um eine genetische Mißbildung des Kindes sorgten (Mediantest 1 % - Niveau).

3.2. Familienstand

Angaben über den Familienstand der beratenen Frauen können Tabelle 2 entnommen werden.

Tabelle 2: Familienstand

Konflikt	unverheiratet	verheiratet	frgl.
kindlich	19 (25 %)	54 (72 %)	2 (3 %)
medizinisch	14 (33 %)	26 (62 %)	2 (5 %)
sozial	15 (45 %)	18 (55 %)	-
sonstige	3 (5o %)	3 (5o %)	-
gesamt	51 (33 %)	1o1 (64 %)	4 (2 %)

Frauen mit Beratungen bei Notlage waren im Vergleich zu den anderen Frauen häufiger unverheiratet (Notlage 45,5 %, sonst 3o,3 %), doch konnte man im Chi^2 -Test keinen signifikanten Verteilungsunterschied nachweisen.

3.3. Sozialstatus

Als Maßstab für den Sozialstatus dienten die in der Anamnese angegebenen Berufe. Die Ergebnisse wurden in Diagramm 4 zusammengestellt. Soweit es möglich war, wurde dabei auch bei verheirateten Frauen der Beruf der Patientin verwertet. In allen anderen Fällen wurde der Beruf des Mannes als Schätzmaß für den Sozialstatus herangezogen.

49 Frauen gaben an, Hausfrauen zu sein (31,4 %), vier Patientinnen waren arbeitslos (2,6 %) und eine bereits in Rente (0,6 %); 13 der Frauen befanden sich noch in Ausbildung (8,4 %). Im Berufsleben standen 88 der

Patientinnen (56,4 %). In einem Fall (0,6 %) war keine Angabe zu finden.

Die Frauen mit mütterlichen und kindlichen Schwangerschaftskonflikten lebten in ähnlichen sozialen Verhältnissen (χ^2 -Test). Frauen mit Notlagenindikation waren häufiger in Ausbildung bzw. in Hilfsarbeitsstellen und angelernten Berufen zu finden als Frauen mit anderen Schwangerschaftskonflikten (χ^2 -Test, 5 %- Niveau).

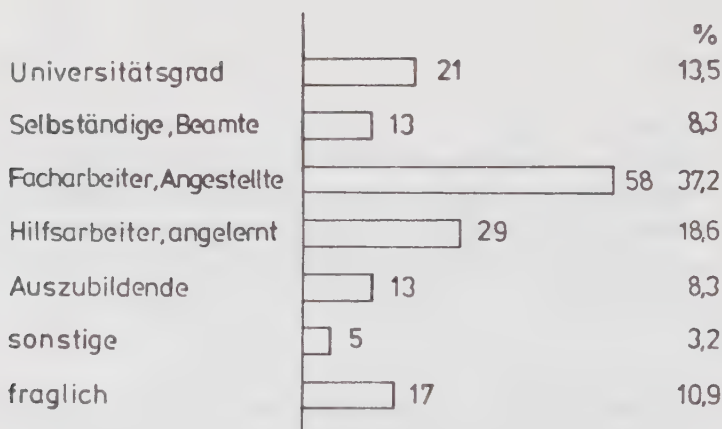


Diagramm 4: Sozialstatus der Patientinnen

3.4. Kinderzahl und vorangegangene Fehlgeburten

Die Parität der Patientinnen wird in der Tabelle 3 bezogen auf die einzelnen Konfliktbereiche aufgeführt.

Tabelle 3: Zahl der Kinder

Zahl der Kinder	0	1	2	3	4	5-7	frgl.
Indikationen							
kindlich	40	17	34	2	-	-	2
exogen	23	6	8	-	-	-	2
genetisch	17	11	16	2	-	-	-
medizinisch	16	6	10	2	4	4	-
sozial	12	3	10	1	3	1	3
sonstige	2	2	1	1	-	-	-
gesamt	60	28	45	6	7	5	5
%	38	18	29	4	5	3	3

Dementsprechend ergibt sich als mittlere Kinderzahl pro Frau für Konflikte bei exogenen Noxen 0,6 Kinder, bei Erberkrankungen 1,3 Kinder, bei mütterlicher Erkrankung 1,7 Kinder und bei sozialer Notlage 1,3 Kinder. Im Mittel hatte jede Frau 1,3 Kinder.

Die Tabelle 3 zeigt deutlich den Trend zur Kleinfamilie. Nur 12 % aller Frauen hatten 3 Kinder oder mehr. Die Kinderzahl bei Notlagenberatungen wich, wie in der Tabelle deutlich gezeigt wird, nicht von den Durchschnittswerten ab. Über ein Drittel der Frauen hatte noch nie geboren (38 %). Auffällig hoch war die Zahl der Nullipara im Bereich der Beratungen bei exogenen Noxen. (59%). Ein Vergleich mit der Altersverteilung (Tabelle 1) zeigt jedoch, daß die Frauen bei diesen

Konflikten durchschnittlich jünger waren als die Frauen bei den übrigen Beratungen und von daher eine niedrigere Kinderzahl in dieser Gruppe erwartet werden konnte.

Bei vierundzwanzig Frauen hatten eine oder mehrere Schwangerschaften mit einer Fehlgeburt geendet und bei siebzehn Frauen mit einem oder mehreren Abbrüchen, wobei aus psychologischen Gründen nicht auf eine "wahrheitsgemäße" Antwort Wert gelegt wurde und sich unter den sogenannten Fehlgeburten sicherlich auch verschwiegene SSA befanden. Geht man von den Angaben der Schwangeren aus, bedeutet das: Insgesamt war bei mindestens 10,9 % der Frauen schon einmal ein SSA vorgenommen worden (eugenisch 12 %, medizinisch 9,5 %, sozial 12 %). Bei einer Gesamtzahl von 242 vorangegangenen SS hat zumindest jede 14. SS mit einer Abruptio geendet. In 14 % aller früherer Schwangerschaften und bei 15,4 % der Frauen war eine oder mehrere Fehlgeburten eingetreten.

3.5. Herkunft der Patientinnen und Ausländeranteil

Wie zu erwarten, kam der größte Teil der Frauen aus München (43,6 %). Aus dem übrigen Bayern stammten 38,5 % der Patientinnen. 7 Frauen hatten ihren Wohnsitz im übrigen Deutschland (4,5 %), 8 Patientinnen im Ausland (5,1 %). In 8,3 % der Fälle war der Wohnort nicht festzulegen.

Der Prozentsatz ausländischer Frauen betrug insgesamt 20,5 %. Auffällig hoch war der Ausländeranteil bei den Beratungen bei Erberkrankungen (50 %), vor allem bedingt durch die Beratungen bei Thalassämie, die ja bevorzugt in Mittelmeer-

raum auftritt. Läßt man diese Beratungen unberücksichtigt, so ergibt sich ein Ausländeranteil von 12,1 %.

4. Zeitpunkt der Beratung

Den Zeitpunkt der Konfliktberatungen in Bezug auf die Gestationsdauer gibt Diagramm 5 wieder. Die Schwangerschaftsdauer wurde vom Konzeptionstermin aus berechnet. Dieser wurde anhand der Regelanamnese und in einigen Fällen auch durch eine Ultraschalluntersuchung festgelegt. Lagen mehrere Beratungen derselben Patientin vor, so ging jeweils die Gestationsdauer zur Zeit der ersten Beratung in die Berechnung ein.

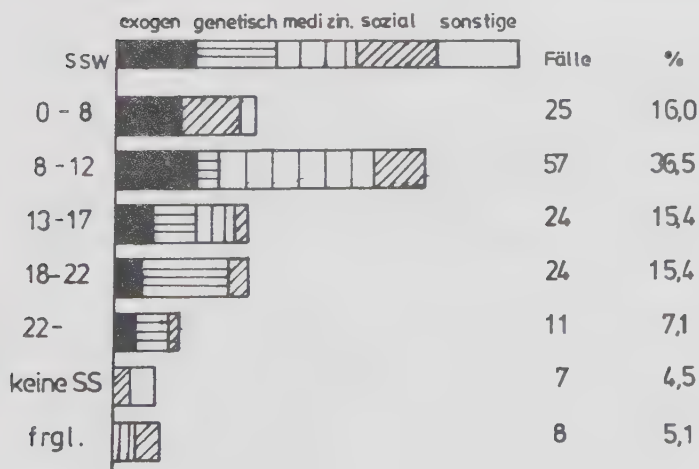


Diagramm 5: Schwangerschaftsdauer post conceptionem zur Zeit der Beratung

Insgesamt wurden die Beratungen im Mittel in der 12,5 SSW durchgeführt (Median 10).

Im Diagramm fällt eine ungleiche Verteilung der Schwangerschaftsdauer bei einzelnen Beratungsindikationen auf. Daher wurde eine Überprüfung der Verteilung der Indikationen untereinander mit Hilfe des Mediantests (5 % - Niveau) durchgeführt. Die Gestationsdauer bei genetischen Beratungen lag erwartungsgemäß hochsignifikant höher als bei allen anderen Beratungen ($\bar{x}$ = 18,5, Median 18). Beratungen bei Notlage wurden gegenüber anderen Beratungen signifikant früher in der SS durchgeführt ($\bar{x}$ = 9,4, Median 7,5). Frauen mit medizinischen und exogen-kindlichen Konflikten wiesen keine signifikanten Verteilungsunterschiede auf ($\bar{x}$ = 11,4, m = 9 exogen, $\bar{x}$ = 10,7, m = 10 medizinisch).

In drei Fällen von kindlich - exogenen und in sieben Fällen von kindlich - genetischen Beratungen war die gesetzlich festgelegte Abbruchsfrist von 22 SSW post conceptionem bereits bei der Beratung überschritten. Eine Terminüberschreitung bei kindlichen Konflikten mit Abbruchsbegehren lag demnach in 13,3 % aller Fälle vor.

Die gesetzliche Abbruchsfrist von 12 SSW p.c. bei Notlagenindikationen war in 5 Fällen überschritten (12,2 %).

5. Beratungen bei mutmaßlichen oder erwiesenen Erbschäden des Kindes

5.1. Darstellung der Beratungsindikationen

Bei Erbkrankheiten unterscheidet man je nach der Art des Defektes monogene und polygene Leiden sowie Chromosomenaberrationen (10). Bedeutungsvoller für die klinische Beratung ist die Einteilung der Erbkrankheiten nach der Möglichkeit der Diagnosesicherung durch pränatale Diagnostik.

Pränatal nachweisbare Erbschäden können numerische und strukturelle Chromosomenaberrationen sowie Enzymdefekte darstellen. Als Nachweismethoden dienen die Fruchtwasseruntersuchung (Amniocentese), die Ultraschalluntersuchung und die Inspektion des Feten (Fetoskopie), bei Verdacht auf Thalassämie, meist in Verbindung mit fetaler Blutentnahme.

Bei pränatal nicht diagnostizierbaren Erberkrankungen kann man hinsichtlich der kindlichen Erkrankungsrisiken nur eine empirisch - statistische Wahrscheinlichkeitsvoraussage treffen.

Bei monogenen Erberkrankungen kann anhand der Familienanamnese und der bekannten Vererbungsregeln (Mendel, Morgan) das Risiko des Ungeborenen, abgeschätzt werden. Bei polygenen Erbkrankheiten ist ein Erkrankungsrisiko nur schwer zu bestimmen, da die Gene einzeln und frei vererbbar sind. Für einige Erkrankungen aus diesem Gebiet besteht zudem ein Schwelleneffekt, d.h. die Umweltprägung hat auf die Merkmalsausbildung entscheidenden Einfluß,

so daß das Risiko für das Ungeborene schwer abschätzbar wird. Bei polygenen Erbdefekten kann daher als Beratungsgrundlage somit nur von empirischen Risikoziffern ausgegangen werden, die man an Serien von Patienten und deren Familien untersucht und durch den Vergleich von erkrankten mit nicht erkrankten Personen berechnet hat. Dies ergibt die Gefährdungsziffer in % - Angaben, die dann für jede Erkrankung und jeden Verwandtschaftsgrad eigens angegeben wird (11).

SSK wegen Erberkrankungen traten bei uns in 23,1 % der SSK (48,0 % der kindlichen SSK) auf. Einen Überblick über die Schwangerschaftskonflikte bei Erberkrankungen gibt die Tabelle 5 und 6. Dabei wurde primär nach der Möglichkeit eines pränatalen Nachweises der Erkrankung und sekundär nach der genetischen Einteilung gegliedert.

Wie die Tabellen zeigen, konnten in 31 von 36 Beratungsfällen die genetischen Erbkonstellationen für das Kind pränatal diagnostiziert werden (86,1 % der Beratungen bei Erberkrankungen). Die dabei verwendeten Nachweismethoden stellt das folgende Schaubild 6 dar.

In 12 Fällen wurde nach der Amniocentese eine Zellkultur bei V. a. Chromosomenaberrationen angelegt, in einem Fall wurde die Bestimmung des Alpha-fetoproteingehalts des Fruchtwassers bei Verdacht auf Anecephalus untersucht.

Bei 15 Fetoskopien wurde fetales Blut bei V. a. kindlicher Thalassämie gewonnen. ^x

Diese Untersuchungen wurden in Zusammenarbeit mit Herrn Kollegen H.-P. Zach durchgeführt, dem an dieser Stelle für die Überlassung der Daten und die gute Zusammenarbeit gedankt sei.

In 13,9 % der Erberkrankungen (5 Fälle) stand keine sichere pränatale Nachweismethode für diese Erberkrankung zur Verfügung. Die statistische Risikoeinschätzung ist der Tabelle 6 zu entnehmen.

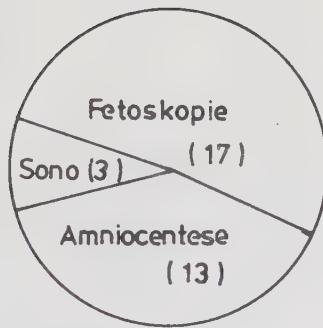


Diagramm 6 : Pränatale Nachweismethoden für Erberkrankungen

Tabelle 5: Schwangerschaftskonfliktberatungen bei nachgewiesener fetaler Erbkonstellation

Fälle	Beratungsgrund	statistisches Risiko	Diagnostik	kindliche Konstellation	Vorgehen
15	- monogene Leiden - Eltern heterozygote Thalassämie	25 % homozygot 50 % heterozygot 25 % gesund	Fetoskopie mit fetaler Blutentnahme	5 Thalass. major 8 Thalass. minor 2 gesund	2 SSA im Haus 2 SSA außer Haus 1 Abortus febrilis 9 SS weiterge- führt 1 fraglich
1	Mutter hat Spalthand- -Spaltfuß-Syndrom (autos.dominant)	50 % betroffen 50 % gesund	Fetoskopie	Kind betroffen	SSA außer Haus
2	- polygene Leiden - 2 Anencephalus	normales Alters- risiko (1-3 %)	Ultraschall Amniocentese	Anencephalus	2 SSA im Haus 1
1	multiple Mißbildung. im Ultraschall	"	Ultraschall	-	2 2 1 SSA im Haus
5	- Chromosomenaberrationen - gonosomal Alter der Eltern	1,1 - 3,4 % je nach Alter	Amniocentese	2 XXY-Syndrom 3 XYY-Syndrom (1 Zwillingspaar) 1 XXX	5 SSA
7	autosomal Alter der Eltern	"	Amniocentese	3 Trisomie 18 1 Trisomie 21 1 XY - marker 2 Kinder gesund	4 SSA 1 SSA außer Haus 2 SS fortgeführt

Tabelle 6: Schwangerschaftskonfliktberatung bei zum Beratungszeitpunkt nicht nachweisbaren Defekten

Fälle	Beratungsgrund	statistische Berechnung	Procedere
1	- monogene Leiden - Kindsvater hat Syringomyelie (erbliche Form)	autosomal - dominant 50 % krank 50 % gesund	SSA im Hause
1	Mutter hat v. Hippel-Lindau- Syndrom	autosomal-dominant vgl. oben	SSA im Hause
1	- polygene Leiden - Schizophrenie bei 3 Geschwistern und 1 Tante der Mutter	10 - 20 % krank	SSA im Hause und zusätzlich mütterliche Ind.
1	Klumpfuß Anfallsleiden bei Mutter, erhöhtes Alter des Kindsvaters	vgl. Text	SS wird ausgetragen, Kind bei Geburt un- auffällig
1	Mutter im Heroinentzug familiäres x-chromosomal recessiver Schwachsinn (mehrere männliche Familienangeh. betroffen)	25 % für Söhne	SSA im Hause, zusätzlich teratogene Medikation

5.2. Monogene Erberkrankungen

50 % aller Beratungen bei befürchteten Erbschäden waren auf monogene Aberrationen zurückzuführen. In 16 dieser Fälle war eine Nachweismöglichkeit durch Fetoskopie gegeben (88,9 %), bei 94 % davon bestand der V. a. Thalassämia major des Ungeborenen. In einem Fall (6 %) wies die Mutter ein Spalthand-Spaltfußsyndrom auf. Als Fallbeispiel für eine monogene Erberkrankung wird die Krankengeschichte der Patientin G. C. besprochen.

Frau G. C. war 35 Jahre alt, verheiratet, Zweitgravida, hatte ein Kind und war Hausfrau.

Anamnese: Erstes Kind an Thalass. major erkrankt, alle 2 Tage Transfusionen, genet. Untersuchung der Eltern: beide heterozygot bzgl. Thalassämie, kein Kinderwunsch (besonders Ehemann). Trotz hormoneller Kontrazeption Schwangerschaft.

Befund: SSW 18, gyn. sonst o.B.

Verlauf: Fetoskopie mit fetaler Blutentnahme

Ergebnis: Kind heterozygot, damit keine Indikation zum SSA. Entlassung nach 26 Tagen. Die SS wurde in Italien weiterbetreut.

Ganz ähnlich verlief die KG. der Patientin J. Z., verh., 35 J., Zweitgravida, 1 Kind, Hausfrau.

Anamnese: Erstes Kind an Thalassämia major erkrankt. Alle 3 Wochen Transfusionen, beide Eltern Thalassämia minor.

Befund: SSW 19, sonst gyn. o. B.

Verlauf: Fetoskopie mit fetaler Blutentnahme.

Ergebnis: Kind homozygot, damit Indikation zum SSA, auf Wunsch der Patientin Abbruch in der Heimatklinik.

In diesen beiden Beratungssituationen wird deutlich, daß beide Elternpaare nur ein gesundes Kind behalten wollten. Beide Elternpaare wußten, was ein an Thalassämie erkranktes Kind bedeutet, da sie jeweils vorher schon mit einem kranken Kind belastet waren. Wäre keine Diagnosemöglichkeit vorhanden gewesen, wären wohl beide Schwangerschaften abgebrochen worden, obwohl nur eines der beiden Kinder krank war.

Betrachten wir demgegenüber die monogenen Erb-leiden, die pränatal nicht diagnostiziert werden können.

Auch hierzu zwei Fälle:

K.G. der Pat. D. B., 36 J., verh., Zweitgravida, 1 Kind, Hausfrau.

Anamnese: Vater des Ungeborenen hat seit vier Jahren Syringomyelie (autosomale dominante Vererbung) mit multiplen Lähmungen der oberen und unteren Extremitäten. Erstes Kind bis jetzt gesund.
Mutter ebenfalls gesund, keine Kontrazeption.

Befund: 11. SSW, sonst gyn. o. B.

Beurteilung: Wiederholungsrisiko ca. 50 % (weltweit ca. 100 Fälle in den letzten 50 Jahren).
Eltern wünschen den Abbruch der SS.

Verlauf: SSA in der 12. SSW durch Saugkürettage.

K. G. der Pat. R. M., 24 J., ledig, Erstgravida,
Krankenschwester.

Anamnese: Bei Patientin wurde vor 2 Monaten Syndrom
nach Hippel-Lindau diagnostiziert (autos.-
dominant).

Symptome: Angioblastom im Gehirn, Angiomatosis beider
Retinae ohne subjektive Sehbeeinträchtigung,
seit 3 Jahren akuter Drehschwindel, gelegent-
lich morgentliches Nüchternerbrechen.
Syndrom ebenfalls bekannt bei Vater, Groß-
vater und Onkel.

Befund: SSW 9, sonst gyn. unauffällig.
Neurologische Untersuchung der Mutter unauf-
fällig.

CCT der Mutter: großer mittelständiger
cystischer Prozeß im Gehirn.

Beurteilg.: kindliche Erkrankungswahrscheinlichkeit
50 %, Pat. wünscht Abbruch. Kindliche Indi-
kation zum SSA gegeben.

Verlauf: SSA in der 9. SSW durch Saugkürettage.

Auch bei diesen Erkrankungen wußten die Patientinnen
genau, was auf sie zukommen würde, wenn das Kind
erkrankt wäre. Hier gab es jedoch keine Möglichkeit,
pränatal eine Erkrankung des Kindes auszuschließen.
Da beide Patientinnen nicht gewillt waren, ein krankes
Kind zu akzeptieren, mußten bei einem Wiederholungs-
risiko von 50 % beide SS abgebrochen werden.

5.3. Polygene Erberkrankungen

Polygene Erberkrankungen lagen in 17,0 % (6 Fällen)
aller Konfliktberatungen bei Verdacht auf Erberkrankungen
vor. Drei Verdachtsdiagnosen wurden mit Hilfe des
Ultraschalls und der Fruchtwasseruntersuchung inklusiv
Alpha-Fetoproteinbestimmung gesichert. Ein solches

pränatal diagnostiziertes Erbleiden findet sich zum Beispiel im Fall der Patientin H.D., 20 J., verh., Drittgravida, kein Kind, Arbeiterin.

Vorgeschichte: Patientin führt eine Verwandtenehe (gemeinsamer Großvater). Zwei Aborte, der letzte vor 4 Jahren, Kinderwunsch.

Anamnese: In der 25. SSW Ultraschalldiagnose eines Anencephalus des Ungeborenen durch den Hausarzt. Suchreaktionen auf Infektionen negativ.

Befund: SSW 25, sonst gyn. o.B., Kontrollultraschall im Haus: Anencephalus Thoraxdurchmesser ca. 23. SSW.

Verlauf: Patientin überrascht vom Befund, kann sich nur schwer zum Abbruch der SS durchringen.

Ergebnis: SSA in der 23. SSW durch medikamentöse Einleitung.

In einem weiteren Fall wurde pränatal ebenfalls durch Ultraschall in der 26. SSW ein Anencephalus diagnostiziert. Keinem Syndrom zugeordnet werden konnten durch eine Routineultraschallkontrolle in der 23. SSW gefundene multiple Mißbildungen des Kindes der Patientin M.-K. B. . Das Ungeborene wies erweiterte Seitenventrikel, eine strukturell nicht eindeutig zuzuordnende intrathorakale Masse rechts, die fast die ganze Seite ausfüllte, einen Hydrops, einen Ascizes sowie eine Hepatomegalie auf. Weiter bestand der Verdacht auf eine zystisch adenomatoide Fingerhypoplasie. Auch in diesen beiden Fällen waren die Suchreaktionen nach Infektionserkrankungen negativ.

Beide SS wurden in der 26. bzw. 25. SSW abgebrochen.

Konfliktberatungen bei Verdacht auf polygene Erbdefekte ohne Nachweismöglichkeiten fand sich in drei Fällen (9 % aller genetischer Konflikte). In einem Fall war eine Indikation zum SSA durch erbliche Schizophrenie bei drei betroffenen Geschwistern und einer betroffenen Tante der Mutter gegeben (10-20 % Wiederholungsrisiko).

Bei einer anderen Patientin wurde aufgrund einer x - chromosomal rezessiv vererblichen Form von Debilität (2 Brüder der Patientin, ein Neffe, ein Onkel und 2 Cousins betroffen) die Indikation zum Abbruch gesehen. Gleichzeitig befand sich die Patientin im Zuge der Resozialisierungsmaßnahme seit 4 Wochen im Heroinentzug und hatte, um die Entzugssymptome zu mildern, in diesen Wochen größere Mengen von Codein, Spasmo-Cibalgin, Fortral, Valium, Alkoholika usw. zu sich genommen, so daß eine teratogene Fruchtschädigung nicht ausgeschlossen werden konnte. Aus beiden Gründen und aus sozialmedizinischen Erwägungen heraus wurde die Indikation zum SSA abgeleitet.

Eine sehr schwierige Beratungssituation fand sich auch bei der Patientin A. A. (21 Jahre), die wir ausführlich behandeln wollen.

Vorgesch.: Mit 15 Jahren Abruptio mens II wegen V. a. Schizophrenie.

Auch bei Onkel väterlicherseits ist seit dem 40. Lebensjahr ein Anfallsleiden bekannt.

Anamnese: Vor 1 Jahr letzter Status epilepticus; Anfallsleiden schwer einstellbar. (Primidon und Valproinat).

Vater des Kindes 61 Jahre alt, bei Pat. und Freund großer Kinderwunsch.

Nach Angaben des betreuenden Neurologen sei Austragen der SS nicht möglich.

Befunde: Gyn. SSW 18, sonst unauffällig.

Neurologisch: Anfallsleiden ungeklärter

Ätiologie mit Halbseitensymptomatik,

Sitzriese, Peronäuslähmung bds.

Sonst: Verschiedene Fußdeformitäten bei
Klumpfuß.

Beurteilg.: Durch Antiepileptika keine Fruchtschäden
bekannt.

Sonstige Risikobeurteilung:

Grundrisiko allgemein 0,5 bis 1 %.

Risiko für eine Epilepsie des Kindes
4 bis 8 %.

Allgemeiner Risikoanstieg für Fehlbildungen
beim Kind durch die Epilepsie der Mutter
5 bis 7 %.

Alter des Vaters 3 %.

Risiko für einen Klumpfuß des Kindes 5,9 %.

Verlauf: Ablehnung der Amniocentese wegen des
Abortusrisikos (1 %) durch die Patientin.

Ein SSA war - trotz der erheblichen Risiken - bei
dem äußerst starken Kinderwunsch nicht verantwortbar.
Weitere Schwangerschaftsbetreuung durch die Gynäkologie
und Neurologie im Haus. Gegen Ende der Schwangerschaft
gehäufte Anfälle mit sekundenlanger Bewußtlosigkeit,
daraufhin Dosiserhöhung der Antiepileptika.

Geburt eines - soweit in diesem Alter ersichtlich -
gesunden Kindes in der 40. SSW .

Dieses Beispiel zeigt, daß trotz erheblich erhöhten
Risikos bei ausgeprägtem Kinderwunsch der Mutter
eine SS ausgetragen werden kann.

5.4. Chromosomenaberrationen

Beratungen bei Verdacht auf Chromosomenaberrationen fanden sich in 33,0 % der genetischen Beratungen (12 Fälle). In allen Fällen war ein erhöhtes Alter der Eltern Grund zu einer Amniocentese. Gonosomale und autosomale Chromosomenaberrationen fanden sich in jeweils fünf Fällen. Zwei Chromosomenanalysen ergaben eine unauffällige Chromosomenverteilung.

In 9 Fällen wurde die SS im Haus unterbrochen. In einem Fall von Trisomie 18 wurde bei Terminüberschreitung ein Abbruch in unserem Hause abgelehnt, aber in einer anderen Klinik durchgeführt. (s. u.).

Als Beispiel für eine Chromosomenaberration beim Kind soll die folgende Kasuistik gelten:

M. H., 37 J., verh., Drittgravida, 2 Kinder, Hausfrau.

Anamnese: 1972 und 1973 zwei SS ohne Komplikationen. Jetzt erwünschte SS. In der Nachbarschaft und Verwandtschaft der Patientin befanden sich zwei mongoloide Kinder (erhöhtes Alter der Eltern). Aus "innerer Unruhe" (Zitat der Patientin) wünschte sie die Durchführung einer Amniocentese.

Befund: SS in der 17. SSW, sonst gyn. o.B. Amniocentese in der 17. SSW aufgrund des erhöhten Alters der Eltern: Nicht identifizierbares, genetisch aktives Chromosomenfragment überzählig.

Beurteilg.: Eine schwere geistige Behinderung des Kindes konnte nicht ausgeschlossen werden (genetisches Gutachten).

Verlauf: Auf Wunsch der Eltern SSA in der 23. SSW medikamentös durch intraamniale Prostaglandininstillation.

Trotz nachgewiesener Chromosomenaberration war die Ausprägung eines entsprechenden Syndroms in diesem Fall nicht bekannt.

Gonosomale Chromosomenaberrationen wie das Klinefelter-Syndrom (XXY) als auch das XYY und XXX-Syndrom sind in der Literatur beschrieben (1,11). Insbesondere bei XYY und XXX-Syndromen wird über eine meist geistig und körperlich normale Entwicklung berichtet und die Fertilität ist ebenfalls in der Mehrzahl normal. Die Nachkommen haben meist eine normale Chromosomenkonstellation.

Insgesamt wurden in unserem Patientengut in 2 SS ein Klinefelter-Syndrom (Vorkommen in der Normalbevölkerung 1:1000) beobachtet. Zweimal wurde pränatal ein XYY-Syndrom (ca. 1:1000) diagnostiziert, in einem Fall handelt es sich um eine Zwillingsschwangerschaft (beide erkrankt). Bei einer Patientin wies das Ungeborene eine Triplo-X-Konstellation auf. (1,8:1000). In allen fünf Fällen wurde die SS unterbrochen.

Anders als bei gonosomalen Aberrationen sind autosomale Chromosomenaberrationen meist nicht mit dem Leben vereinbar. So sind Kinder mit einer Trisomie 18 (1: 8000) meist mit schweren Encephalopathien behaftet. Ihre Lebenszeit ist geschlechtsabhängig auf ca. 2 - 10 Monate begrenzt. Bei der Trisomie 21 erreichen die Kinder häufig ein Lebensalter bis zu 30 Jahren. Die äußeren Symptome sowie die geistige Entwicklung können sehr unterschiedlich sein.

In unserem Patientengut wurden autosomale Aberrationen in fünf Fällen nachgewiesen; dreimal eine Trisomie 18, in einem Fall eine Trisomie 21 und weiter einmal ein aktiver marker.

Bei vier Schwangerschaften erfolgte ein Abbruch im Haus. In einem Fall von Trisomie 18 war es zu einer Terminüberschreitung (26. SSW) gekommen; sodaß ein Abbruch nur noch aus medizinischer Indikation in Frage kam. Da die Patientin jedoch ihren Ehemann nicht über den Abbruch informieren wollte und der Psychiater das für sein Gutachten zur Auflage machte, konnte die SS im Hause nicht abgebrochen werden. Die Patientin ging zur einweisenden Stelle zurück, wo von anderer Seite ein psychiatrisches Gutachten erstellt und daraufhin die SS abgebrochen wurde.

Eine Patientin (44 Jahre) war ein Jahr nach einem Abbruch bei Trisomie 18 erneut schwanger. Der Chromosomensatz war bei der erneuten SS normal und das Kind wurde ausgetragen.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß bei insgesamt 36 Beratungen 22 Abbrüche und 14 weitergeführte Schwangerschaften zu verzeichnen waren. Durch die pränatale Diagnostik konnte 11 Frauen das Austragen der SS mit der Gewißheit, ein gesundes Kind zu bekommen, ermöglicht werden.

6. Beratungen bei mutmaßlicher bzw. erwiesener Schädigung des Kindes durch exogene und endogene Noxen.

In 52 % aller kindlicher Beratungen waren exogene bzw. endogene Noxen Ursache eines Schwangerschaftskonflikts. Insgesamt stellten sie damit 24,9 % aller Beratungen dar.

6.1. Verdacht auf medikamentös-toxische Schäden

Konflikte bei befürchteten kindlich - exogenen Schäden durch die Einnahme von Medikamenten bzw. Alkohol lagen in 41,0 % der exogenen und damit in 10,3 % aller SSK vor (16 Fälle). Eine tabellarische Zusammenfassung dieser SSK - Fälle findet sich in Tabelle 7.

Aus dem Bereich der erwiesenen Teratogene, wie sie HÜTER (6) beschreibt, finden sich in unserem Patienten-gut zwei Fällen von Zytostatikaaanwendung. Allerdings wird bei HÜTER die Zytostatikaaanwendung in der SS beschrieben, in unseren beiden Fällen handelte es sich um bereits beendete Zytostatikaschemata. Hierzu das Fallbeispiel der Pat. J. W., 25 J., verh., Drittgravida, 2 Kinder, Hausfrau

Anamnese: Anfang 1981 Blasenmole (Chorionepitheliom). Daraufhin 5 Zyklen Metothrexat und Actinomycin jeweils fünf Tage lang, letzter Zyklus im Mai 1981. Routine-HCG-Kontrolle im Oktober 1981: Erneute SS; grundsätzlich Kinderwunsch.

Befund: SS in der 8./9. SSW, SS bei liegendem IUP. Schmierblutung zu Beginn der SS.

Verlauf: Konsil in der hämatologisch-onkologischen Ambulanz im Haus. Pat. wird auf das hohe Risiko von Mißbildungen des Kindes und die gestörte Nidation durch Cytostatika-Behandlung hingewiesen. Ferner wurde die Patientin auf die Rezidivgefahr aufmerksam gemacht. Die Pat. erbat sich Bedenkzeit. Nach einer Woche entschloß sie sich zum Abbruch der SS. Daraufhin SSA durch Cürettage in der 10. SSW. Kein Anhalt für eine erneute Blasenmole. Aufgrund der Erkrankung jetzt empfohlene Kontrazetion: Kombination der Methode nach Knaus-Onigo und Kondom/Patentex.

Eine ähnliche Situation findet sich bei der Patientin S. U., 19 J., die an einer malignen Histiocytose erkrankt war. Auch sie befand sich nach mehreren Cyclen des sog. Chop-Schemas in Remission. Auch die SS wurde trotz des Kinderwunsches aufgrund möglicher teratogener Schädigung des Ungeborenen und des Rezidivrisikos für die Mutter auf Anraten der Onkologen abgebrochen.

Als weitere absolute Indikation zum SSA beschreibt Hüter den schweren chronischen Alkoholismus.

Vier Frauen suchten uns aufgrund eines Alkoholabusus wegen einer Beratung auf. Davon hatte sich eine Frau einem kurzdauernden Alkoholexzeß ausgesetzt, der mit großer Wahrscheinlichkeit keine Schäden am Kind verursacht hat. Zwei weitere Patientinnen hatten eine längere Alkoholanamnese (einige Monate) mit erheblichem Alkoholkonsum (bis zu 300 g/die). Ein SSA wurde hier

als nicht indiziert eingestuft. Sie wurden an eine Sozialberatungsstelle vermittelt. Eine depressive Patientin, die seit einem Jahr täglich etwa 80 g Alkohol und teilweise auch tetrazyklische Antidepressiva eingenommen hat, kam erst in der anamnestisch 29. SSW mit dem Wunsch nach einem SSA zur Beratung. Sie befand sich zu dieser Zeit im psychiatrischen Behandlung. Aus kindlicher Indikation war auf Grund der Fristüberschreitung um 5 Wochen keine Abruptio mehr möglich. Die sehr besorgten Eltern gingen davon aus, daß eine schwere Schädigung des Kindes als so gut wie sicher anzunehmen sei. Es wurde versucht, die Bedenken der Eltern zu relativieren. Außerdem erfolgte eine Demonstration des Kindes durch Sonografie (Ultraschall entsprechend der 22. SSW). Schließlich entschlossen sich die Eltern, das Kind zu akzeptieren. Als eine der wenigen Rückmeldungen informierte uns die Patientin von der Geburt eines gesunden Kindes; sie selber sei abstinent, und sie und ihr Mann seien sehr glücklich über das Kind.

Als relative Indikation zum SSA bei unsicheren oder korrigierbaren leichten Schäden zählt z. B. die Einnahme von Tetracyklinen und deren Derivaten in der SS. (6). Zur Beratung kamen 4 Frauen nach Tetracykleneinnahme in der Frühschwangerschaft. Bei allen 4 Frauen lag der Einnahmezeitraum innerhalb der ersten drei Schwangerschaftsmonate, also in einem Zeitraum, in dem mit einem geringen Schädigungsrisiko gerechnet werden muß. Die Schmelzeinlagerung, die durch Tetracykline sowohl quantitativ (Schmelzhypoplasien) als auch qualitativ (Gelbfärbung) gestört werden kann, tritt erst nach dem dritten Schwangerschaftsmonat auf. In den vorliegenden Fällen konnte die SS ohne Bedenken weitergeführt werden.

Fünf Patientinnen hatten in der Schwangerschaft Medikamente mit umstrittener Teratogenität bzw. mit gering negativen Einflüssen eingenommen. Diese Medikamente heben möglicherweise das allgemeine Mißbildungsrisiko an, ein sicherer Nachweis der Teratogenität steht hier jedoch noch aus.

In einem Fall hatte die Patientin ein Präparat mit Sulfomethoxazol und Trimethoprim in der Frühschwangerschaft (1./2. SSW) eingenommen. Von Trimethoprim ist bekannt, daß es unter Umständen die kindlichen Zellteilungsvorgänge stören und dann einen Abortus provozieren kann, zu Mißbildungshäufungen kommt es jedoch nicht. Ein Abbruch der von der Pat. erwünschten SS erfolgte nicht. Weitere drei Patientinnen nahmen zentral wirkende Pharmaka ein. Nur im Fall der Patientin W. H. wurde darin eine Indikation zum Abbruch gesehen.

K. G. der Pat. W. H., 26 J., gesch., Erstgravida, Sekretärin.

Anamnese: Pat. trinkt seit Jahren "sehr viel" Alkohol, raucht zwei Schachteln Zigaretten pro die, nimmt unkontrolliert Arzneimittel ein (Limbatriel, Neurozil, Tolvin, Tavor, Appetitzügler).

Pat. lehnt SS und Kind völlig ab; hatte gerade bei Eintritt der SS Arbeitsstelle gefunden, die sich durch die SS wieder zerschlagen hatte.

Zum Kindsvater sei Kontakt abgebrochen.

- Befund: Gyn. SSW 21, sonst o. B. psychiatrisch: Depressiv-neurotische Patientin mit unausgereifter Emotionalität, Anklammerungstendenzen und Verlustängsten und latenter Suizidgefahr.
- Beurteilg: Indikation zum SSA wegen teratogener Medikation und Suizidgefahr. Vom Bezirkskrankenhaus Gabersee und vom niedergelassenen Frauenarzt gestellt.
- Verlauf: SSA in der 21. SSW durch Sectio parva. Entlassung nach 12 Tagen.

Im Falle einer Patientin mit Asthma begründete die Einnahme von Bromazepam, Salbutamol, Diphenylpyralin und Cortison sowie die Erkrankung selbst keine Indikation zum SSA. Da diese Patientin aber dringend einen Abbruch der SS wünschte, wurde sie an die Sozialberatungsstelle verwiesen.

Differenziert man die Beratungsfälle anhand der Hauptnoxen, so erhält man ein klares Einteilungsschema. Wie die Tab. 7 jedoch zeigt, nahmen nahezu alle Frauen eine Vielzahl von Medikamenten ein. Wechselwirkungen zwischen einzelnen Pharmaka und ihre Wirkung auf das Ungeborene sind jedoch nicht erforscht, weshalb die Indikation zum SSA äußerst schwierig sein kann.

Aufgrund medikamentöser Noxen wurde insgesamt in drei Fällen eine Indikation zum SSA festgestellt. Stets lag zusätzlich eine mütterliche Indikation vor. (Tabelle 7).

Tabelle 7: Beratungen nach Einnahmen von Medikamenten, Alkohol und Drogen.

Pat.	Alter	Hauptnoxe	Sonstiges	Behandlungsgrund	SSW	Weiterer Verlauf
J. W.	25	Metotrexat Actinomycin (5 Schemen)	IUP liegt und med. Indikation	Blasenmole (Chorionepitheliom)	5 Mon. vor SS	SSA in der 10. SSW
S. U.	19	Chop-Schema: Endoxan Actinomycin, Vin- cristin, Prednisolon	med. Indikation	maligne Histiocy- tose	vor SS	SSA in der 9. SSW
G. U.	32	seit 1 Jahr 2 l Wein/ die (=80g Alkohol) Maprotilin	Triamteren, Aspirin Depression in der 10.-14. SSW, Amenorrhoeum		0 - 28	Geburteines un- auffälligen Kindes
E. U.	28	seit 4 Monaten 10-15 Schnäpse/ die und mehrere Flaschen Bier (300 g Alkohol/die)	psych. Trauma Ehemann will kein Kind		0 - 6	keine Ind. zum SSA im Klinikum, SSA in anderer Klinik 3 6 1
F. S.	32	zu Beginn der SS Alkoholexzess			1 - 2	SS wird weiterge- führt
E. G.	30	Alkoholabusus	Rö-Thorax, Anti- adiposita, depress. Verstimmung		16	kommt nach Konsil nicht mehr zurück, SSA in anderer Klinik
M. B.	23	Tetracycline	Alkohol	fleberhafter Infekt	10 - 11	Risiko nicht er- höht, Geburt eines gesunden Mädchens
S. M.	23	Minocyclin	Diclophenac	V. a. EUG	2 - 3	Risiko nicht er- höht, SS wird weitergeführt

Tabelle 7: (2. Teil)

Pat.	Alter	Hauptnoxe	Sonstiges	Behandlungsgrund	SSW	Weiterer Verlauf
S. J.	26	Doxycyclin	Choleraimpf. 2. SSW Gelbfieberimpf. 3. SSW	Mykoplasmeninfekt der Scheide	3 - 5	Pat. trägt Kind aus
G. L.	29	Ditenate retard, (=Tetracyclin, Etac- federin, Doxylamin, Phenylephrin)	Pheniramin	Infekt bei Asthma	4 - 5	Geburt eines unauffälligen Kindes
T. C.	34	Sulfomethoxazol Trimetoprim		Bronchitis	1 - 2	Abortrisiko um 1 % erhöht, weiter SS-Vor- sorge
W. H.	26	Amtryptilin, Meanserlin, Lorazepam	Alkohol, Anoretika, Suizidalität, Re- sozialisierung	Arzneimittelabusus	0 - 21	SSA in der 21. SSW
G. A.	20	Mesumixid "Parke- Davis", Phenytoin	petit-mal Anfälle 2./4. SSW	petit-mal Anfälle	0 - 6	Pat. nicht in Beratungsstelle zurückgekehrt
S. G.	23	Bromazepam, Sal- butamol, Cystein Diphenylpyralin	Cortison, Ozothin, Metamezol, Cystein	spast. Bronchitis	1 - 6	keine Ind. zum SSA im Haus
A. J.	28	versch. Pharmaka nicht näher be- schrieben	-	-	0 - 16	Patientin zum SSA entschlossen, keine Ind.d. Pharmakologen, Sozialberatung
E. U.	28	fraglich	-	-	-	Pat. geht zu Haus- arzt zurück, will weiter SSA

6.2. Mechanische Irritationen

Schwangerschaftskonflikte mit Sorge um eine mechanische Schädigung der Frucht machten in der Familienplanungsstelle 5,1 % aller SSK aus.

Dem überwiegenden Teil lag ein liegendes IUP in der SS zugrunde (7 Fälle). Alle liegenden IUPs waren mit Kupfer beschichtet. Zwar erhöht die Cu-Beschichtung das fetale Mißbildungsrisiko nicht (4), doch steigt das Fehlgeburtenrisiko um das Doppelte an. Auch das Blutungs- sowie das Infektionsrisiko erhöht sich.

Eine andauernde Blutung in der SS bei liegenden IUP wurde in zwei Fällen beobachtet. Davon blutete Frau H. G., 26 J., ab der 8. SSW 4 Wochen lang nur schwach. Das IUP lag während dieser Zeit intrauterin ohne sichtbare Fäden. Schließlich kam es zum Abgang von Trophoblastengewebe mit dem IUP. Im US ließ sich eine intakte Gravidität nachweisen. Die Blutung sistierte. Die SS wurde außerhalb unserer Klinik weiterbetreut.

Im zweiten Fall der Patientin F. S., 25 J., war die Blutung stark und mit krampfartigen Unterbauchbeschwerden verbunden. Bald nach dem Beginn der Beschwerden kam es zum Abortus spontanus (4. SSW). Das IUP wurde im Abortmaterial nicht gefunden, so daß die Diagnose einer gestörten Frühschwangerschaft bei verlorenem IUP gestellt wurde.

Eine Patientin kam mit einem ärztlichen Indikationsgutachten zum SSA wegen eines liegenden IUP in der

Schwangerschaft. Ein liegendes IUP in der SS stellt nach hiesiger Auffassung keine Indikation zum Abbruch dar. Trotz Aufklärung wünschte die Frau den SSA dringend, weswegen sie an eine andere Klinik überwiesen wurde.

Anders verlief die Beratung bei Frau H. M., 27 J.: Sie suchte die Beratungsstelle auf, weil der betreuende Gynäkologe ihr dringend zu einer Entfernung des IUP geraten hatte. Die Patientin wurde in der Beratung ebenfalls auf das erhöhte Infektionsrisiko sowie das erhöhte Abortrisiko hingewiesen. Da die Patientin einen vorhergehenden SSA nach eigenen Aussagen nicht "verkräftet" hatte, wollte sie "keine weitere Schuld auf sich laden" und entschloß sich, die SS bei liegendem IUP auszutragen. Die Patientin wurde schließlich nach unauffälligem SS-Verlauf von einem gesunden Kind entbunden.

Bei einer anderen Patientin war ein erfolgloser SSA in einer auswärtigen Klinik vorgenommen worden. Die Abbruchsindikation war bei der seit drei Jahren an grand-mal-Anfällen erkrankten und unter Antiepileptika (Mylepsin) stehenden Frau auf Grund einer Notlage gestellt worden. Nach dem versuchten Abbruch kam es zu Blutungen, sowie zu einem Temperaturanstieg, was die Patientin zu uns führte. Die Patientin wurde bei uns erneut abradiert, sowie mit Antibiotika und Antipyretika behandelt.

Eine Übersicht zeigt Tabelle 8.

Tabelle 8: Mechanische Irritationen in der Schwangerschaft

Pat.	Alter	Noxe	Sonstiges	SSW	Procedere
H. G.	26	IUP in SS	ständig vag. Blutungen	8	IUP geht ab in 10. SSW
F. S.	24	IUP in SS	Unterbauchbeschwerden bds. starke Blutungen	4	Abortus incompletus
E. R.	24	IUP in SS	Gutachten u. Sozialberat.	6	keine Ind. zum SSA, Termin in anderer Klinik
S. G.	39	IUP in SS	-	4	fraglich
W. N.	26	IUP in SS	IUP gezogen	10	SS wird ausgetr.
R. U.	32	IUP in SS	IUP gezogen	7	SS wird ausgetr.
H. M.	27	IUP in SS	vorherg. SSA belastet Pat. noch	6	Pat. trägt SS mit liegendem IUP aus
H. J.	19	Z.n.Kürett.	nach versucht. 10 Abruptio starke vag. Blutungen	10	Kürettage

6.3. Verdacht auf Infektionen

Infektionen in der Schwangerschaft waren in 8 Fällen d.h. 5,1 % aller Beratungen und 20,5 % der Beratungen wegen kindlich-exogener Noxen Anlaß für eine SSK-Beratung. Bei sieben Frauen bestand der Verdacht auf eine Rötelninfektion in der SS; einmal der Verdacht auf eine Toxoplasmoseinfektion (siehe Tab. 10).

Verdacht auf Rötelninfektion in der SS wurde im Zusammenhang mit der Beratung bei sieben Patientinnen geäußert. Hier wurde eine sorgfältige serologische Diagnostik durchgeführt, da die vorliegenden Daten oft für eine Indikationsstellung nicht ausgereicht hatten. Dazu gehörte die Bestimmung des Hämagglutinations - Hemmtiters (HAH), d.h. der Nachweis von Antikörpern gegen das Rötelnvirus, sowie der Nachweis des Antigens (KBR) bzw. des spezifischen Rötelnimmunglobulins IgM mit Hilfe des Elisa-Tests. Um eine frische Infektion in der Schwangerschaft zu beweisen, muß eine Serokonversion des HAH-Titers kurz nach der aufgetretenen klinischen Infektion sowie eine IgM-Bildung nach ca. drei bis acht Wochen für die Dauer einiger Monate danach gefordert werden.

Nach durchgeführter Serumdiagnostik war nur dreimal eine Indikation zum SSA gegeben. Einmal konnte eine Rötelninfektion in der SS nicht nachgewiesen, aber auch nicht ausgeschlossen werden. Bei der fortgeschrittenen Schwangerschaftsdauer von 20 Wochen zum Zeitpunkt der fraglichen Infektion beträgt das Risiko einer fetalen Schädigung (Entzündung durch den Virus wie Hepatitis und Encephalitis; keine Organdifferenzierungsstörungen) nur noch ca. 5 % (8). Die Frau war nicht gewillt, dieses Risiko zu tragen, man sah in diesem SSK

allerdings ärztlicherseits keine Indikation zum SSA, sodaß schließlich vom niedergelassenen Arzt die Einweisung zum SSA wieder zurückgezogen wurde. Wahrscheinlich erfolgte ein Abbruch in einer anderen Klinik.

In zwei weiteren Fällen war der HAH-Titer jeweils stark positiv, der IgM-Anstieg blieb jedoch aus. Mit großer Wahrscheinlichkeit lag ein sog. Boostereffekt vor, d.h. eine frische Infektion bei länger zurückliegender Erstinfektion und dadurch bestehender Immunität. Dabei kommt es zu einem steileren und höheren Anstieg des Antikörperspiegels innerhalb der ersten Woche nach stattgehabter Infektion als bei der Erstinfektion; hierdurch wird auch eine Virämie und damit eine Infektion des Ungeborenen verhindert. In einem der Fälle war dem Hausarzt auch eine vor fünf Jahren durchgemachte Rötelninfektion in der Anamnese bekannt. Trotzdem wurde beiden Patientinnen eine wiederholte Kontrolle der IgM-Titer empfohlen, um eine frische Infektion sicher ausschließen zu können. Im Falle einer dieser Patientinnen kam es zur Geburt eines gesunden Kindes; der Ausgang der zweiten SS konnte nicht weiterverfolgt werden.

Die Pat. J.E. hatte als Kindergärtnerin Kontakt mit an Röteln erkrankten Kindern. Ca. 4 Wochen nach Exposition wurde eine Schwangerschaft bei der Patientin festgestellt (SSW 4 - 8). Der Arzt bestimmte routinemäßig den Röteltiter (HAH 1: 256) und injizierte vorbeugend unspezifisches Immunglobulin. Da dem Titer nach eine Rötelninfektion wahrscheinlich war, überwies er die Patientin zur SSK-Beratung zu uns. Wir kontrollierten in zwei Laboratorien die Rötelnserologie, die übereinstimmend für eine frische Infektion sprach. Das unspezifische Immunglobulin war nicht in der Lage, die Virämie und damit die Infektion des Ungeborenen zu verhindern, da die Rötelnantikörpertiter hier zu gering sind, sodaß

nur Rötelnhyperimmunglobulin evtl. eine Virämie verhindern kann. Eine generalisierte Virusausbreitung erfolgt bei Röteln in den ersten 5 - 7 Tagen nach der Infektion, so daß in unserem Fall auch eine Hyperimmunglobulingabe zu spät gekommen wäre. Da das unspez. Immunglobulin Röteln-Titerwerte um 1:16 aufweist, war eine Beeinflussung der weiteren Serodiagnostik nicht anzunehmen, so daß eine frische Infektion gesichert war. Die SS wurde in der 16. SSW abgebrochen.

Nach der Diagnose einer frischen Rötelninfektion der Mutter wurde das Risiko für den Feten aufgrund des Schwangerschaftszeitpunkts zur Zeit der Infektion ermittelt. Gerade bei Röteln variiert das kindliche Schädigungsrisiko stark in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der SS. Eine Aufstellung darüber gibt Tabelle 9.

Tab.9: Infektionsrisiko und Schädigungsrisiko für Ungeborene nach Rötelninfektion der Mutter

SSW	gesicherte Infektion der Mutter seropositive Kinder	geschädigte Kinder	Schädigungsrisiko des Ungeborenen nach ge- sicherter Infektion der Mutter
0-11	90 %	100 % (Organ diff-	90 %
11-12	67 %	50 %	33 %
13-14	67 %	17 %	11 %
15-16	47 %	50 % (Schwerhörig- keit und Taubheit)	21 %
16-30 fallend auf 25 %		---	---
31-36	60 %	---	---
36-	100 %	---	---

(vgl. Lancet II, 1982 (781 - 784), Miller usw.)

Die beratenen Frauen befanden sich bis auf eine Ausnahme alle innerhalb der ersten 14 SSW. Bei drei gesicherten Rötelninfektionen war somit eine Indikation zum Abbruch gegeben.

In einem Fall erfolgte die Beratung nach einer Injektion des Röteln-Impfvirus, die zwei Monate vor der SS lag. Von den Herstellern wird ein Abstand von 3 Monaten zwischen Impfung und Schwangerschaftseintritt gefordert. Bis heute ist jedoch kein Fall einer Embryopathie durch den Impfvirus bekannt. Damit war auch in diesem Falle ein Abbruch nicht indiziert, insbesondere, da die Exposition bereits vor der Schwangerschaft lag. Die Patientin wurde schließlich von einem gesunden Sohn entbunden.

Abschließend soll der Fall einer Toxoplasmoseinfektion beschrieben werden; die Patientin war zum SSA in unsere Klinik eingewiesen worden.

K. G. der Pat. K. C., 27 J., Viertgravida, 1 Kind,
2 Abruptiones (1975, 1978), verheiratet, berufstätig.

Anamnese: Bei Routineuntersuchung hoher Toxoplasmose-titer von HA festgestellt, jetzt 18. SSW, in 8. SSW leichte vaginale Blutungen, Kinderwunsch, aber Angst vor Schädigung des Kindes.

Befunde:	Serologie:	7.4.	14.4.	24.4.	18.5.
	Sabin Feldmann:	1:4000	1:4000	1:4000	1:400
	Toxoplasmose KBR:	1:20	1:20	1:20	1:20
	IHAT:	1:64	1:1024	1:4000	1:400
	IgM:	-	1:16	1:32	1:32

Beurteilg: Toxoplasmoseinfektion in der SS nicht ausgeschlossen, bei dieser Titerkonstellation kindliches Risiko unter 1 %. Auch gesicherte Infektion in der SS wäre keine Indikation zur Abortio, sondern eher zur Therapie (Institut Hygiene Prof. Braveny, TU München).

Verlauf: Dieses Erkrankungsrisiko war die Patientin gewillt zu tragen, deshalb wurde der ursprünglich geplante SSA nicht durchgeführt. Weitere SS-Vorsorge im Haus. Geburt eines gesunden Mädchens in der 40. SSW.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß von 8 SSK-Beratungen bei vermuteten Infektionen der Mutter in der SS nach sorgfältiger Diagnostik und Bewertung fünf SS erhalten werden konnten. Eine Übersicht und die jeweilige Titerverläufe zeigt Tabelle 10.

6.4. Strahlenbelastungen

Im Zusammenhang mit befürchteten kindlichen Schädigungen durch Strahlung finden wir in 5 Fällen radiologische Diagnostik und in einem Fall radiologische Therapie als Konfliktursache (3,8 % der Gesamtberatungen, 15,4 % der kindlichen SSK). Zunächst soll die Beratungssituation der Patientin T. B., 32 J., verh., Zweitgravida, kein Kind, Hausfrau, 1 Abortus mens III betrachtet werden.

Anamnese: 19. August Kürettage zur Entfernung eines Polypen. Daraufhin nahm die Patientin nicht an, daß eine SS bestehen könnte. Am 19.10. wegen ziehender Rücken- und Unterbauchbeschwerden sieben HWS-Aufnahmen und eine Magen-Darm-Passage. Am 26.10. Colonkontrasteinlauf mit Durchleuchtung.
Letzte Periode Mitte Juli.

Tabelle 10: Beratungen bei Infekten in der Schwangerschaft

Pat.	Schwangerschafts- konflikt	Klinik	Datum	HAH	KBR	IgM	SSW	Procedere
B.G.	V.a. Röteln nach Auslandsaufenthalt	kein Exanthem	18.09. 23.09.	1:2048 1:2048	-	neg.	8	V.a. Boostering, vorläufig SS fort- führen, nochmalige Serokontr., Ausgang fraglich
M.R.	V.a. Röteln	kein Exanthem	23.01. 24.01. 06.02.	1:1000 1:1024 1:256	- 1:64	-	10	SSA in der 10. SSW
J.E.	V.a. Röteln (Kindergärtnerin)	kein Exanthem Gabe von Immunglob.	22.07. 18.08. 03.09.	1:256 1:128	- -	- pos. pos.	4-8	SSA in der 16. SSW
W.C.	V.a. Röteln	rubeolif. Exanthem	07.05. 13.05. 17.05.	neg. 1:258	- -	schwach pos.	23	Rötelninfektion i.d. SS nicht ausge- schlossen aufgrund d. fortgeschr. Schwangerschafts- dauer Schädigungs- risiko - 5 %, kein Abbruch im Haus wahrscheinlich SSA in anderer Klinik

Tabelle 10: (Teil 2)

Pat.	Schwangerschafts- konflikt	Klinik	Datum	HAH	KBR	IgM	SSW	Procedere
K.C.	V.a. Röteln	kein Exanthem lt. HA vor 5 J. Röteln	11.05.	1:1024	-	-	8	weitere Kontrollen, V.a. Boostering, SS wird ausgetragen, Geburt eines ges. Kindes
H.B.	V.a. Röteln	rubeolof. Exanthem	09.06. 16.06.	1:16 1:128	IgG 1:128	neg. 1:320	14-15	SSA in der 20. SSW
S.H.	Rötelnimpfung	-	-	-	-	-	2 Mon. vor SS	keine Indikation zum Abbruch
K.C.	Toxoplasmose	-	Datum 07.04. 1:4000 24.04. 1:4000 18.05. 1:4000	Sab.Feldm. 1:1024 1:4000 1:4000	IAHT 1:20 1:20 1:20	IgM 1:16 1:32 1:32	fragl. Risiko ca. 1 % erhöht, Geburt eines gesunden Kindes	

Befund: 10.11. Ultraschall 19. SSW
Beurteilg.: durch Prof. Dr. Murken (gen. Institut
der Poliklinik München):
Strahlenbelastung für Mutter für Kind
Magen-Darm Passage 3,8 rem 0,4 rem (12. SSW)
Colonkontrasteinl. 15,0 rem 3,0 rem (13. SSW)
Da nicht auszuschließen war, daß die Gesamt-
strahlenbelastung des Feten über 5 rem liegt,
wurde ein SSA als indiziert angesehen.
Verlauf: SSA in der 20. SSW durch Prostaglandin-
einleitung i.v.

Eine direkte Röntgenstrahlenbelastung des Beckens fand
sich noch bei zwei weiteren Schwangeren. Hier lagen die
Mütterlichen Dosen bei 4 rem bzw. 6 rem, die
kindlichen Dosen bei 0,4 rem bzw. 0,8 rem.

In beiden Fällen wurde ein Fortführen der SS empfohlen.
Bei der Patientin M. R. wurde nach einer Beckenvenen-
thrombose ein Bypass (nach Paöma) mit intraoperativer
Röntgendiagnostik in der 10. SSW durchgeführt, wobei
die Strahlenbelastung nicht genau festzulegen war. Bei
dieser Patientin war jedoch zusätzlich noch eine Be-
lastung durch Marcumar und eine achtstündige Operations-
dauer gegeben, so daß ein Abbruch der SS erfolgte.

Im Fall eines Technetiumszintigramms der Schilddrüse in der
SS sahen wir keine Indikation zum SSA.

Im einzigen Fall einer therapeutischen Strahlenbe-
lastung bei der Patientin S. I. bei Bestrahlung wegen
eines Mammakarzinoms in den ersten beiden SSW (ins-
gesamt ca. 40 bis 50 gray) erfolgte in der 8. SSW ein
Abortus spontanus.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß in drei von fünf
Fällen eine Fortführung der SS angeraten wurde, bei
denen die Strahlendosis des Kindes deutlich unter 5 rem
lag. In zwei Fällen, in denen die Dosis über 5 rem lag,

Tabelle 11: Beratungen nach Strahlenbelastungen

Name	Art der Belastung	Mutter	Dosis	Kind	sonst.	SSW	Weiterer Verlauf
M.G.	Schilddrüsenscinti.	ca. 1mCi		--	Struma- abklärung	1o	SS-Vorsorge
T.B.	Colonkontrasteinlauf Magen-Darm-Passage gesamt	15,0 rem 3,8 rem 19,0 rem		3,0 rem 0,4 rem 3,4 rem	Unterbauch- beschwerden	2o	SSA in der 2o. SSW
S.R.	Urogramm Thorax-Röntgen MDP-Durchleuchtung gesamt	2,0 rem 0,4 rem 3,8 rem 6,2 rem		0,4 rem 0,003 " 0,4 rem 0,8 rem	Situs inversus- abklärung	2/3	Fortführen der SS
H.M.	Thorax-Röntgen MDP in 1o. SSW	0,4 rem 3,8 rem		0,003 rem 0,4 rem	Notlage	24	keine Ind., Termin- Überschreitung Risiko: Alter + 1 J.
M.R.	Röntgen bei Bypass-OP nach Palma	nicht genau	anzugeben		Z.n. Beckenvenentromb.	1o	SSA in der 18. SSW
S.I.	Nachbestrahlung eines Mamma-CA	ca. 40 - 50	gray	fragl.	-	- 7.	Abortus spontanus in der 8. SSW

wurde ein Abbruch durchgeführt. Damit blieb man an der unteren Grenze der Werte der Literatur, bei denen ein Abbruch in Erwägung gezogen werden sollte (14,15).

Eine Übersicht gibt Tabelle 11.

6.6. Endogene Belastungen

Bei mütterlicher Hyperthyreose wurde aufgrund einer endogenen Belastung eine kindliche Indikation zum SSA gestellt (0,6 % aller Beratungen, 2,6 % aller kindl. Beratungen). Dieser Fall soll hier dargestellt werden.

K.G. der Pat. V.-A. N., 30 J., verh., Zweitgravida,
1 Kind, Sekretärin.

Anamnese: Seit längerer Zeit erhebliche Schilddrüsen-
dysfunktionen (Wahrscheinlich iatrogene
T₃-Hyperthyreose) mit Sinustachykardien
bis über 100/min.

Am 08.02.81 Bildung einer blutenden Schild-
drüsenzyste innerhalb von 48 h.

Befunde: Nachweis eines kalten Knotens durch Schild-
drüsenzintigramm.

Baldige operative Entfernung des kalten
Knotens empfohlen.

RR 130/80, Puls ca. 80/min., Temp. 37,2 ° C.

Labor: Thyroxin gesamt 11,2 mikrogramm/dl

Allgemeinbefinden o.B., Psyche, ZNS o.B.

SSW 8.

Beurteilg.: Durch Med.II im Hause :

Aufgrund der bestehenden Schilddrüsendys-
funktion konnte eine embryonale Fehl-
differenzierung nicht ausgeschl. werden.

Verlauf: SSA in der 8. SSW durch Saugkürettage,
Entlassung bei Wohlbefinden am 2.
postoperativen Tag.

In diesem Fall stellte eine endogene Stoffwechsel-
erkrankung der Mutter eine Indikation zum SSA aus
kindlicher Indikation dar.

6.5. Zeitpunkt der Noxeneinwirkungen

Im Gegensatz zu den Erberkrankungen spielt bei den
Schäden durch exogene Noxen auch der Zeitpunkt und
die Dauer der Einwirkung der Noxen eine entscheidende
Rolle für die Symptomenausprägung beim Ungeborenen.
In der Literatur werden mögliche Schädigungen differ-
enziert in Blastopathien und Embryopathien sowie
Fetopathien.

In der Zeit der Blastogenese (bis zum 8. SS-Tag)
folgen die Schäden am Ungeborenen dem Alles- oder
Nichts-System, d.h., geschädigte Blasten sterben
entweder ab oder regenerieren ohne Defekt. In der
Zeit der Embryopathien (8. Tag bis 12. Woche der SS)
zeigen sich je nach Zeitpunkt der Noxeneinwirkung
entsprechende Organentwicklungsstörungen. Diese Periode
ist am anfälligsten für Fehlentwicklungen durch
exogene Noxen. In der Fetogenese (ab 12. Woche der SS)
können nur noch die Entwicklung von Gehirn und Augen
sowie der weiblichen Geschlechtsorgane negativ be-
einflußt werden. Erfolgt in dieser Phase eine Strahlen-
belastung, so entsteht eine Neigung zu stochastischen
Effekten wie Tumorbildung und Entwicklung einer Leukämie.

7. Beratungen bei mütterlichen Erkrankungen

Mütterliche Erkrankungen in der SS führten in 42 Fällen zu einem Schwangerschaftskonflikt. Damit wurden 26,9 % aller Beratungen aufgrund einer Erkrankung der Mutter durchgeführt.

7.1. Kardiovaskuläre Erkrankungen

Erkrankungen des Herzens und des Gefäßsystems wurden bei uns in elf und somit in 26,2 % der Beratungen bei mütterlichen Erkrankungen in der SS gefunden. Ihr Anteil an den gesamten Konfliktberatungen betrug 7 %.

Unabhängig von der Art der Herzerkrankung werden die kardialen Störungen entsprechend der Funktionsbeeinträchtigung abgehandelt.

Zunächst soll die Krankengeschichte der Patientin G. U., 26 J., verh., Drittgravida, 1 Kind, Hausfrau als Beispiel einer myokardialen Insuffizienz besprochen werden.

Vorgeschichte: Bei Geburt des ersten Kindes durch Sectio Lungenödem, daraufhin Diagnose eines komb. Aorten-Mitralvitiums, vor 2 J. erneute SS mit SSA in der 8. SSW, Patientin lehnte Sterilisation ab.

Anamnese: Dyspnoe nach drei Stockwerken, Nykturie 2 - 3 x , paroxysmal nächtl. Dyspnoen mit Atemnot und Angst.

Befunde: Körperlich: Geringgradige Oedeme, tastbare Linksherzhypertrophie, Puls 75 regelm., Echokardiographie: Aortenklappeninsuffizienz II - III mit geringgradiger Mitralstenose I bis II.

EKG: AV-Block I.

Spirometrie: Geringgradig restriktive Ventilationsstörung mit Hinweis auf Hyperventilation.

Verlauf: Indikationsstellung durch Med. I im Hause: SSA ist indiziert.
SSA in der 11. SSW durch Saugkürettage, Sterilisatio tubarum, Entlassung nach 8 Tagen bei Wohlbefinden.

In weiteren zwei Fällen fanden sich erworbene Klappenfehler mit kardialen Insuffizienzzeichen. In beiden Fällen lag der Grad der Herzinsuffizienz im unteren Bereich der internationalen Einteilung (I - II). Bei der Patientin B. S. kam jedoch erschwerend eine beginnende Dekompensation in der SS und eine geplante Operation des kombinierten Aortenvitiums hinzu. Bei der Patientin S. M. war der Verdacht auf eine Endokarditis aufgrund eines plötzlichen Leistungsabfalls gegeben. Durch diese zusätzlichen Faktoren wurde auch in diesen Fällen von den Kardiologen im Haus eine Indikation zum SSA gestellt.

Eine weitere Gruppe kardialer Erkrankungen stellen die Rhythmusstörungen dar. Auch hier soll die Problematik zunächst an einer Krankengeschichte aufgezeigt werden.

K. G. der Pat. K. S., 20 J., led., Erstgravida, Arbeiterin.

Vorgeschichte: Im 1. Lebensjahr nach Pockenschutzimpfung Bradykardien mit $f = 15-20/\text{min.}$, ab 10. Lebensjahr anhaltende Bradykardien.

Anamnese: Keine Belastungsbeschwerden, gel. morgendliche Schwindelanfälle, starker Kinderwunsch.

Befunde: (Med. I); Puls 38 - 68/min., RR 110/80
Atropintest: Frequenzanstieg auf 75/min.
Auskultation: Systolikum über allen
Ostien.
EKG: Rechtschenkelblock, fehlende P-Welle.
Ergometrie: Bei einer Minute 90 Watt
polytope ventrikuläre ES in zweier und
vierer Salven.
24 h-EKG: Bigemini, Couplets, f: 36-60/min.
Echo: Gute Ventrikelfunktion (36 % SV).

Beurteilung: Reizbildungs- und Reizleitungsstörungen.
Abruptio klinisch vertretbar. Vor erneuter
SS Schrittmacherimplantation empfohlen.
Aufgrund des sehr großen Kinderwunsches
der Patientin wäre jedoch auch ein Aus-
tragen der SS unter ständiger Kon-
trolle möglich.

Verlauf: Unter zunächst 4-wöchiger, dann 1-wöchiger
kardiologischer Kontrolle Austragen der
SS, Geburt eines Sohnes in der 40. SSW
unter intern. Betreuung ohne Komplikationen
(Puls 35 - 64/min.).

In einem Fall von tachykarder Arrhythmie aufgrund einer
Hyperthyreose wurde die SS ebenfalls unter Mitbe-
treuung der II. med. Klinik ausgetragen.

In zwei Fällen mit tachykarden Rhythmusstörungen wurden
die Schwangerschaften abgebrochen. Hier lagen neben
den Rhythmusstörungen noch andere Erkrankungen bzw.
schädigende Noxen vor (vgl. Tab. 12). Die Indikationen
wurden von den med. Kliniken im Haus gestellt.

Bei der Patientin S.I. hatte gegen Ende der vorangegangenen SS eine Pfropfgestose bei Hypertonie zu Hochdruckkrisen bis 200 mmHg systolisch in der SS geführt, die eine Intensivüberwachung notwendig machten. Danach war ihr von einer erneuten SS abgeraten worden, dennoch war sie nach einem Jahr erneut schwanger. Eine Indikation zum Abbruch der bestehenden SS war aus unserer Sicht nicht gegeben.

Gefäßverschußleiden lagen der Indikation zum SSA bei zwei Patientinnen zugrunde.

Neben der vitalen Indikation zum SSA bei Lungenembolie nach tiefem Beinvenenverschuß wurde die Indikation zum SSA auch bei der Pat. W. D., 19 J., led., Erstgravida, MTA., vom behandelnden Gynäkologen gestellt.

Vorgeschichte: Vor zwei Monaten Appendektomie, nach Entlassung Beckenvenenthrombose links und Lungenembolie.

Anamnese: SSW 8, nach ungeschütztem Verkehr, Marcumarisierung auf Quick-Werte um 24 %.

Befunde: Sono: Beckenvenen durchgängig
Lungenszintigraphie: Restperfusionsausfälle i. S. multipler Lungenembolien.

Verlauf: SSA durch Saugkürettage in SSW 8, Belehrung über Schwangerschaftsverhütung.

Eine Zusammenfassung der kardiovaskulären Beratungen gibt Tab. 12.

Abschließend wird die Krankengeschichte von Frau H. A., 28 J., verh., Viertgravida, 3 Kinder, Hausfrau ausgeführt. Sie demonstriert deutlich die vielseitigen Probleme

bei der Beratung.

Vorgeschichte: Seit einem Monat rezidiv. Tachykardien,
V. a. Viruskarditis bei Coxackie-Infektion,
Z. n. Coagulatio tubarum.

Anamnese: Unter Belastung Tachykardie bis 120/min.
unter β -Blocker.

Gyn.: SSW 6, sonst o. B.

Psychiatrische

Exploration: Eltern nicht verständnisvoll, Erziehung
in Klosterschule, ab 17. Lebensjahr
Schwesternausbildung, nach 1 J. Abbruch
der Ausbildung, jetzt Angestellte bei der
Post; mit 19 J. Heirat eines um 12 Jahre
älteren Mannes, der ihr zunächst Geborgenheit
vermittelte. Jetzt fühle sie sich
eingesperrt, wehrt den Mann auch sexuell
ab, insgesamt 3 Kinder im Alter von
7, 5 und 1 1/2 Jahren. In einem "neuen"
Leben hätte die Patientin am liebsten
keine Kinder. Gegenüber anderen Ärzten
wurde die Situation der Familie als
intakt und glücklich geschildert.

Befunde: EKG: Sinustachykardien bis 120/min. und
suprabifasziale polytope ES.

Psychiatrisch: Neurotische Entwicklung
bei Konflikt Geborgenheit - Unab-
hängigkeit mit Somatisierungstendenzen.
Psychotherapeutische Betreuung wird
von der Pat. abgelehnt.

Verlauf: In der 6. SSW aufgrund der Tachykardien
und der Coxackie-Virusinfektion SSA
durch Saugkürettage (Ind. Med. II im
Haus).

Unmittelbar nach dem Abbruch Hypästhesien im Bereich des linken Armes mit geringgradigen Einschränkungen der groben Kraft durch partielle Faserteilschädigung des Fasciculus lateralis des Plexus brachialis. Normalisierung im Verlauf des stat. Aufenthaltes. Am 12. postoperativen Tag Harnverhalt bei relativer Meatusstenose; daraufhin Meatotomie und Otisschlitzung. Acht Monate später im Haus wegen Dysmenorrhöen und Adenomyosis uteri abdominelle Uterusexstirpation.

7.2. Gastrointestinale Erkrankungen

Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes lagen 8 Konfliktfällen zugrunde. Dies entspricht einem Anteil von 19,1 % an den SSK aus medizinischer Indikation und einem Anteil von 5,1 % an den gesamten Konfliktberatungen.

Obwohl die Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes sehr vielfältig sind, werden in der Literatur nur wenige Erkrankungen als Indikation zum SSA angesehen. Zum einen gehören hierzu Erkrankungen der Leber, zum anderen der Morbus Crohn und die Colitis ulcerosa als entzündliche Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (5).

In unserem Patientengut finden sich vier Fälle von Erkrankungen der Leber. Bei einer Patientin mit Leberzirrhose nach Alkoholabusus wurde das Krankheitsbild durch rezidivierende Oesophagusvarizenblutungen und Polyneuropathien (besonders im Bereich der Beine) kompliziert. Ein SSA wurde von den Gastroenterologen im Haus bei dieser Patientin als indiziert angesehen.

Tabelle 12: Beratungen bei cardio-vasculären Erkrankungen der Mutter

Name	Erkrankung	sonstiges	Procedere
G. U.	komb. Aorten-Mitralvitium I - II AV-Block I. Linksherzhypertrophie	Lungenödem bei Geburt des 1. Kindes zur Zeit paroxysmale nächtliche Dyspnoen	SSA in der 13. SSW
B. F.	Aorteninsuffizienz u.-stenose seit 17 J., Z. v. Op	Stauungszeichen, dilatiertes Herz	SSA in der 11. SSW
S. M.	Aorteninsuffizienz I - II rel. Mitralinsuffizienz	Leistungsknick vor 3-4 Monaten, V. a. Endokarditis	SSA in der 12. SSW
K. S.	Z.n. Myokarditis, Reizbildungs- störungen, Reizleitungsstörungen	bei Belastung gehäufte Extrasystolen, Kinderwunsch	Geburt eines ge- sunden Sohnes SSW 40!
B. T.	AV-Block III, Bradykardie Z.v. Schrittmacherimplant. Varizen bds.	in Frühschwangerschaft akute Rhythmusstörungen, anamn. in allen früheren Graviditäten Thrombophle- bitiden	SSA in der 7. SSW
H. A.	Supraventrikuläre Tachykardie a.G. einer Cocksackle B ₃ -Inf.	auch kindl. Ind. a.G. von β -Blocker- medikation und der Infektion	SSA in der 6. SSW
S.E.	Tachykardien, Vitium cordis	Vermehrung der Tachykardien in der be- stehenden SS, erhebliche Dysmenorrhoe	Extirpatio uteri nach Peham-Anreich in der 8. SSW
V. A.	Sinustachykardien a.G. einer iatrogenen T ₃ -Hyperthyroese		Geburt eines gesunden Mädchens SSW 40

Name	Erkrankung	sonstiges	Procedere
S. I.	Hypertonie	EPH-Gestose in letzter SS (RR bis 200 mmHg syst).	Austragen der SS
S. S.	Ileofemoralvenenthrombose vor 3 Wochen, subtotaler A. pulmonalisverschuß links	anamn. rezidiv. Thrombophlebitiden, in 4-5. SSW Phlebographie beider Beine 8 Thorax-Übersichtsaufnahmen Lungenscintigraphie	SSA in der 9. SSW
W. D.	Z. n. Lungenembolie nach Appendektomie vor 2 Monaten	Marcumar in SS eingenommen.	SSA in der 8. SSW

Frau K. S. kam mit einer Leberfibrose aufgrund einer chronisch persistierenden Hepatitis bei normalen Leberwerten zur Beratung. Nach unserer Ansicht stellt dies keine Indikation zum SSA dar. Die Schwangerschaft wurde ausgetragen; der Zustand von Frau K. S. verschlechterte sich durch SS und Geburt (Sectio) nicht. Das Neugeborene wurde gegen Hepatitis immunisiert.

Bei der Patientin S. U. mit angeborener Pfortaderstenose und Leberfibrose in der 10. SSW war eine Indikation zum SSA nach Meinung der Hepatologen gegeben.

K. G. der Pat. S. U., 19 J., ledig, Erstgravida

Vorgeschichte: Seit 1968 angeborene Pfortaderatresie bekannt, im selben Jahr Milzextirpation . 1970 Anlegen eines spleno-renalen Shunts. 1979 Anlegen eines mesenterio-cavalen-Shunts, beide Shunts thrombosierten nach kurzer Zeit, seither rezidivierend Oesophagus-varizenblutungen. 1980 Sklerosierung der Varizen.

Kontrazeption: Pille über ein Jahr, dann IUP.

Anamnese: SS mens. III nach unbemerktem Verlust des IUP.

Befunde: Leberfunktion kompensiert (Laborwerte im Normalbereich). Blutgerinnung, Elektrolyte normal.

Beurteilung: Drucksteigerungen im Bereich der venösen Kollateralgefäße in der SS möglich, dadurch erhöhte Blutungsgefahr gegeben, aufgrund der Verwachsungen durch zahlreiche Operationen wäre eine intestinale Blutung schwer zu beherrschen, Gefahr eines Cava-Kompressions-Syndroms mit Blutdruck-erhöhung in den Kollateralkreisläufen durch die SS.

Verlauf: SSA in der 10. SSW durch Kürettage,
Entlassung der Pat. nach 9 Tagen bei
Wohlbefinden.

Ebenso wie der oben beschriebene Fall stellt auch ein
Hundebandwurmbefall in der SS, wie er bei der Patientin
H. R. vorlag, ein sehr seltenes Ereignis dar.
K. G. der Pat. H. R., 28 J., gesch., Sechstgravida,
5 Kinder, Bäuerin.

Anamnese: Vor 2 J. im Januar: Mattigkeit, Übelkeit,
Ikterus. mit Gesamtbilirubin 10 mg/dl, GPT 400,
GOT 260, Gamma-GT 70 mU/ml, Echinococcus-KBR
1:160, IHA 1:10240.

April: Laparoskopiebefund: Echinococcose des
li. Leberlappens mit Absiedlungen im rechten
Leberlappen (Histologie).

ERC: Links Ductus hepaticus kurz nach der
Gabelung nicht mehr darstellbar, rechts Ductus
hepaticus zu 25 % stenosierte.

Daraufhin vier Mebendazolkuren in dreimonatigem
Abstand. Aufgrund der raschen Verschlechterung
5. Kur nach 6 Wochen. Dosisabhängig kam es zu
einer Knochenmarkschädigung (Anämie und
Leukopenie). Zur Zeit keine Leberfunktions-
störungen.

SS mens III.

Beurteilung: Durch Gastroenterologen des Klinikums rechts
der Isar in Zusammenarbeit mit Gastroenterologie
im Haus und Prof. Dr. med. Siegenthaler, Zürich.
Bei starkem Kinderwunsch Austragen der SS evtl.
bei stark erhöhtem mütterlichen Risiko
möglich, Indikation zum SSA durch Mebendazol-
kuren, die vier Monate vor der SS lagen, nicht
gegeben.

Bei Komplikationen in der SS evtl.
krisenhafte Entwicklung der Krankheit
möglich, daher Indikation zum Abbruch ggb.
Verlauf: SSA in der 13. SSW durch vaginale Sectio.
Tubenligatur durch Laparaskopie.
Nach dem Abbruch kam es zu einer depressiven
Symptomatik mit Selbstvorwürfen, ein
lebendes Kind getötet zu haben. Der Pat.
fiel es schwer, wieder Vertrauen zur
Therapie der Ärzte zu fassen.

Zwei Beratungsfälle kamen aus dem Bereich der entzündlich-stenosierenden Darmerkrankungen. Beide Patientinnen waren an M. Crohn erkrankt. Aufgrund der bei den Patientinnen aufgetretenen Komplikationen (Exacerbation in der SS mit Subiliusgefahr, Anämie und Gelenkschmerzen) wurde in beiden Fällen die Indikation zum Abbruch gestellt (vgl. Tab. 13).

Bei einer weiteren Patientin lag eine chron.-rezidiv. Pankreatitis sowie ein Z. n. einseitiger Nephrektomie vor. Trotz schwerer sozialer Notlage bestand Kinderwunsch. (z.Z. 17. SSW). Entgegen der Meinung des behandelnden Gynäkologen wurde in unserer Klinik eine Fortsetzung der SS mit 14-tägigen Kontrollen für möglich gehalten. Die SS wurde in Großhadern betreut; die Pat. entwickelte eine EPH-Gestose, ansonsten SS o. B. . in der 39. SSW wurde sie von einem gesunden Mädchen entbunden.

Eine chirurgische Intervention im GIT bei bestehender SS in der 10. Woche war aufgrund einer perforierten Appendicitis nötig. Nach der Appendektomie mit Einlegen einer Lavage und Drainagen drohte ein Abortus, doch konnte die SS fortgeführt werden. Weitere Betreuung außer Haus.

Tabelle 13: Beratungen bei gastrointestinalen Störungen

Name	Erkrankung	sonstiges	Procedere
B. H.	Leberzirrhose mit rezidiv. Ösophagusvarizenblutungen	B ¹² -Resorptionsstörg., Polyneuropathien, Muskelatrophien beider Beine	SSA in der 11. SSW
S. K.	chron.pers. Hepatitis	hist:portale und parenchym. Leberfibrose Labor: GPT 136 U/l, GOT 96 U/l CHE 2516 mE/ml	Geburt eines ges. Kindes, keine Verschlechterung bei Mutter
K. S.	Leberfibrose durch portale Hypertension bei angeb. Pfortaderstenose	rezidivierende Ösophagusvarizenblutungen	SSA in der 10. SSW
H. R.	Echinococcus alveolaris	keine Leberfunktionsstörungen	SSA in der 13. SSW
K. R.	M.Crohn seit 6 J.	zur Zeit Exacerbation	SSA in der 9. SSW
R. R.	M.Crohn seit 10 J.	Stenosen in Colon u. Ileum	SSA in der 10. SSW
P. H.	chron.rezidiv Pankreatitis seit 3 J.	Sono: keine Cysten Labor: Lip. o. B. Kinderwunsch	14-tgg.Kontrollen durch Gastroenterologen, Geburt eines ges. Mädchens in der 39. SSW
M. K.	Appendicitis	subapikale Perforation akutes Abdomen Abortus imminens post OP	weitere SS-Vorsorge außer Haus

7.3 Lungenerkrankungen

Schwangerschaftskonfliktberatungen erfolgten viermal bei Lungenerkrankungen. Sie stellten damit 9,5 % der medizinischen und 2,6 % aller SSK.

Die Erkrankungen der Atmungsorgane werden in obstruktive, restriktive und sonstige Erkrankungen eingeteilt.

An einer obstruktiven Erkrankung, nämlich Asthma bronchiale, litt Frau V.M. seit 10 Jahren. Vor zwei Wochen war eine Schwangerschaft bei der Patientin festgestellt worden. Sie wurde zur Klärung der Schwangerschaftsdauer und der Frage einer Indikation zur Abortio in die Familienplanungsstelle eingewiesen. Bei der Ultraschalluntersuchung ergab sich ein missed abortion mens II-III, sodaß eine Abrasio angezeigt war, die auf Wunsch der Patientin vom einweisenden Arzt in einer anderen Klinik vorgenommen wurde.

Eine restriktive Lungenerkrankung mit nur geringen Funktionseinschränkungen lag bei Frau B.M. vor. Die Pat. kam mit einer bereits vom niedergelassenen Gynäkologen erstellten med. Indikation (Lungenfibrose bei allergischer Disposition) zum SSA in unsere Beratungsstelle. Eine Untersuchung der Lungenfunktion ergab aus der Sicht der hiesigen Pulmonologen keine Indikation zum SSA. Da Frau B. kein weiteres Kind mehr wollte und in der Familie bereits sieben Kinder lebten, ließ sie in einer anderen Klinik einen Abbruch vornehmen.

In zwei Fällen von Lungentuberkulose wurde ebenfalls eine Konfliktberatung durchgeführt.

Bei Frau S.D. war eine offene TB bereits ausgeheilt. Die Patientin kam ohne Gutachten auf Rat des niedergelassenen Arztes in die Beratungsstelle. Zur Erstellung eines fachärztlichen Gutachtens im Hause war sie jedoch nicht bereit. Sie kehrte wieder zu ihrem Gynäkologen zurück und ließ die Schwangerschaft an anderer Stelle abbrechen.

Bei Frau A.H., 26 J., ledig, Zweitgravida, 1 Kind, Arbeiterin, bei der seit ca. drei Monaten eine linksseitig offene Tuberkulose der Lunge bekannt war, hatte ein niedergelassener Lungenfacharzt eine Indikation zum SSA gestellt.

Anamnese: SSW 15, Tuberkulose im Stadium der Besserung

Bisherige Medikamenteneinnahme:

80,0 g Myambutol bei 1,3 g/die

18,6 g INH bei 0,3 g/die

37,5 g Rifa bei 0,6 g/die

Röntgendiagnostik:

Thoraxaufnahmen (2)

Tomogramme (4)

Gesamtdosis unter 1 rad

Beurteilung: Da Schäden des Ungeborenen durch Rifampicin und gleichzeitige Strahlenbelastung nicht auszuschließen waren, sahen wir eine Indikation zum Abbruch gegeben.

Verlauf: SSA in der 16. SSW durch Sectio vaginalis
Nach 8 Tagen Entlassung bei gutem Allgemeinzustand.

Eine zusammenfassende Darstellung dieser Schwangerschaftskonflikte zeigt die folgende Aufstellung.

Tabelle 14: Beratungen bei Lungenerkrankungen

Name	Erkrankung	sonstiges	Weiterer Verlauf
S.D.	Z.n. Lungentuberkulose		Pat. geht zum Gynäkologen zurück SSA in anderer Klinik
A.H.	offene Lungentuberkulose	Strahlenbelastung Medikamente	SSA in SSW 16 im Haus
V.M.	Astma bronchiale seit 10 Jahren	misses abortion mens III	Abrasio in anderer Klinik
B.M.	Lungenfibrose bei allergischer Disposition	soziale Notlage	Sozialberatungs- stelle SSA in anderer Klinik nach Abbruch reaktive Verstimmung

7.4. Erkrankungen des Harntraktes

Erkrankungen der Harnwege fanden sich in 7,1 % der medizinischen und 1,9 % aller Konfliktberatungen (drei Fälle). Dabei handelte es sich in einem Fall um einen angeborenen Defekt, einer Blasenextropie. Bei zahlreichen Voroperationen war eine Rektum-Sigma-Blase, eine Neovagina und ein Anuspränaturalis angelegt worden. Der Abbruch der SS erfolgte in SSW 10.

Zwei Frauen waren an chronisch-entzündlichen Erkrankungen des Nierenbeckens bzw. der Blase erkrankt. In beiden Fällen wurde zur Weiterführung der Schwangerschaft geraten.

7.5. Gynäkologische Erkrankungen

Wegen Erkrankungen aus dem eigenen Fachbereich stellte man bei drei Frauen eine Indikation zum SSA, davon zweimal bei Vorliegen eines Gebärmutterhalskarzinoms. Die Therapie des Grundleidens wurde jeweils so durchgeführt, als ob keine Schwangerschaft bestünde (OP nach Wertheim bzw. Radiumeinlagen). Bei der dritten Patientin hatte man wegen eines Mißverhältnisses zwischen mütterlichem Becken und kindlichem Kopf bereits zweimal einen Kaiserschnitt durchgeführt, zuletzt vor acht Monaten fand man bei der Sectio eine diskrete Uterusruptur. Die jetzt erneut in der 9. Woche schwangere Patientin hatte erhebliche Angst vor der SS und der unausweichlichen Sektio. Eine Abruptio wurde aufgrund der vorangegangenen Uterusruptur und der sicher erneut notwendigen Sektio befürwortet. Eine Sterilisation

lehnte die Patientin jedoch ab! Die daraus erkennbare Ambivalenz der Patientin äußerte sich auch in einem sehr schwierigen Beratungsgespräch, das dem Ehemann der Patientin, einem zum SSA drängenden Rechtsanwalt, zu hartnäckigen Beschwerden beim Leiter der Klinik veranlaßte.

Eine Zusammenfassung der urologischen und gynäkologischen Fälle gibt Tabelle 15.

7.6. Neurologische Erkrankungen

Neurologische Erkrankungen lagen fünf SSK-Beratungen zugrunde. Sie machten damit 11,9 % der Beratungen bei mütterlichen Erkrankungen und 3,2 % aller SSK aus.

Ein angeborenes neurogenes Leiden bestand bei einer Querschnittslähmung bei Menigomyelozele und führte zum SSA aus neurologischer Indikation.

Ebenfalls eine Indikation zum Abbruch war bei einer Hemiparese nach disseminierten Hirninfarkten bei zerebraler Vaskulitis gegeben.

Der Fall einer Enzephalomyelitis disseminata in der SS wird im folgenden dargestellt:

K.A., 34 J., verh., Zweitgravida, 1 Kind, Hausfrau

Aktuelle Anamnese: Im zweiten Schwangerschaftsmonat plötzlich einsetzende Verschlechterung des Sehvermögens gleichzeitig Schwellung, Schmerzen und Gefühllosigkeit des linken Beines.

Befund: Intakte intra-uterine SS in der 11. Woche.

Tabelle 15: Urogenitalerkrankungen

Name	Erkrankung	sonstiges	Procedere
K. L.	Z.n. Maucclairschem OP	Anus pränaturalis	SSA in der 10. SSW
B. M.	chron. rezidiv. Pyelonephritis seit 7 Jahren	frühere SS ohne Komplikationen, keine Funktionseinschränkungen, RR normal Parenchymverschrumpfung und Kelchverplumpung	Weiterführen der SS unter urolog. Kontrolle
M. A.	chron. Cystitis	sozialer Konflikt erfüllter Kinderwunsch (7 Kinder)	Geburt eines gesunden Jungen bei Terminüberschreitung, im Wochenbett Cystitis
G. H.	Collum uteri CA Ib	Uterus myomatosus	OP nach Wertheim in der 9. SSW
B. A.	Collum uteri CA IIa/b	-----	Radiumeinlagen, danach Ausstoßung des Feten, Pat. depressiv verstimmt
B. M.	Z.n. 2 Sectiones	letzte Sectio vor 8 Monaten	SSA in der 9. SSW Indikation von Operateur der vorangegangenen Sectionen operationen gestellt

Labor: Liquor: Zellzahl 101/3 Zellen
Lymphozyten 86 %, Monozyten 1 %
Makrozyten 7 %, Andere 5 %,
Zucker, Eiweiß normal

Blutwerte o.B.
BKS 4/10

Augenhintergrund: rechts unauffällig, linke Papille
geringfügige Ablassung.

Hypästhesie bei Berührung der unteren Extremitäten.
Unsicherheit im Romberg-Test und Blindgang.

Beurteilung: Schub einer Enzephalomyelitis
disseminata, Zeitpunkt des Auf-
tretens korrelierend mit SS. Weil
man eine Verschlechterung der Er-
krankung in der SS befürchtet, wird
eine neurologische Indikation zum
SSA attestiert.

Verlauf: Nach Mitteilung des Befundes zunächst
Bereitschaft der Pat. zum Abbruch.
Dann Entschluß. auszutragen, sofern
möglich. Schwangerschaftsvorsorge
auf Wunsch in Großhadern. Im weiteren
Verlauf Besserung der Symptome,
schließlich Geburt eines Sohnes in
der 39. SSW durch Sektio mit an-
schließender Tubensterilisation.
Komplikationsloser Verlauf und un-
auffälliges Wochenbett. Klinisch-
neurologischer Befund bei Entlassung
regelrecht.

Neurochirurgisch vorbehandelte Erkrankungen lagen bei zwei Patientinnen vor. Bei einer Patientin war vor zwei Jahren ein Aneurysma cerebri operiert worden. Der jetzige neurologische Status war unauffällig. Von neurologischer Seite wurde in diesem Fall kein Grund für eine Abruptio gesehen. Da eine schwere Notlage vorlag, ließ sie auswärts die SS abbrechen. Im zweiten Fall kam es drei Monate nach einer offenbar unvollständigen Entfernung eines Astrozytoms II - III zur Tumorprogredienz mit ausgeprägtem perifokalem Oedem. Nach Auffassung der Neurochirurgen war die Indikation zum SSA gegeben, die in der 16. Woche durchgeführt wurde.

7.7. Sonstige med.- somat. Erkrankungen

Aufgrund der geringen Fallzahl werden Erkrankungen bei Stoffwechselstörungen (2 Fälle), Erkrankungen des haematopoetischen Systems (1 Fall) und ein Fall mit orthopädischer Erkrankung zusammengefasst. (Tab.17). Sie machen 9,5 % aller medizinischen und 2,6 % aller SSK-Beratungen aus.

Stoffwechselstörungen

Bei zwei Patientinnen bestand ein Diabetes mellitus in der SS, einmal mit fortschreitender Mikroangiopathie.

Frau P.A., 23 J., ledig, Erstgravida litt seit dem 7. Lebensjahr an einem juvenilen Diabetes vom Brittle-Typ. Rethinopathia diabetica. Bis vor einem halben Jahr Bankangestellte, aufgrund der Sehverschlechterung jetzt Haushaltshilfe. In der 9. SSW

Tabelle 16: Beratungen bei neurologischen Erkrankungen

Name	Erkrankung	sonstiges	Procedere
H. K.	Z.n. cerebraler Vasculitis rechts motorische Hemiparese	Zwillingsschwangerschaft	SSA in der 8. SSW
K. A.	V.a. Encephalitis disseminata	Periphlebitis linkes Bein vor 2 Jahren	Geburt eines gesunden Jungen durch Sectio in der 39. SSW
B. D.	Querschnittsleiden bei angeborener Meningomyelocele	Sitzbeinfistel missed abortion	Abrasio in der 13. SSW
O. G.	Z.n. OP eines Aneurysmas cerebri vor 2 Jahren	Uterusmyom SS unerwünscht	Sozialberatungsstelle, keine medizinische Indikation
M. L.	Astrocytom II - III Zustand nach Op vor drei Monaten, jetzt Rezidiv	Bestrahlung	SSA in der 16. SSW

Schwangerschaftskonfliktberatung.

Befund: Erblindung des rechten Auges (0,05 s.c.)
40 % Sehvermögen des linken Auges (0,7 s.c.)
Bei proliferierender Retinopathia diabetica
III Erblindung auch des linken Auges nicht
auszuschließen.
Beginnende Nephropathie
Kinderwunsch

Labor: BZ 126 bis 381 mg/dl, UZ 4,47 g/l

Beurteilung: Abruptio aufgrund des Augenbefundes
indiziert.

Verlauf: Patientin selbst unentschlossen. Da kein
Zeitdruck bestand, Entlassung. 8 Tage
später Wiederaufnahme nach Entschluß zur
Abruptio. SSA in der 11. SSW durch
Kürettage. Eine Tubensterilisation wurde
jedoch von der Pat. abgelehnt.

Frau M. B., 42 J., hatte einen Diabetes mellitus I b,
der mit Biguaniden gut eingestellt war. Sie wollte
in wenigen Tagen nach Nicaragua heimkehren. Bei
Biguanid-Medikation ist das Auftreten einer lebens-
bedrohlichen Laktatazidose bei einer Schwangerschafts-
gestose zu befürchten. Da eine Umstellung auf
Sulfonylharnstoffe wegen deren Teratogenität ausge-
schlossen war, und eine Einstellung auf Insulin
wegen fehlender Kontrollmöglichkeiten zu Hause nicht
in Frage kam, stellten die Internisten die Indikation
zum SSA, der in der 6. Woche durch Saugkürettage
erfolgte.

Haematopoetisches System

Bei Frau E. S. lag eine aplastische Anämie seit dem
dritten Lebensjahr vor. Zur Zeit der SS war das

Blutbild ohne Medikation zufriedenstellend. Wegen möglicher Rezidivgefahr und aufgrund der persönlichen Situation (16 J., ledig, Schülerin) sah man eine Indikation zum SSA gegeben, die in der 10. Woche durch Saugkürettage erfolgte.

Eine orthopädische Erkrankung wies die Patientin B. R. auf. Sie klagte über Hüftschmerzen und Venenentzündungen. Die körperliche Untersuchung ergab Druckschmerzen im Bereich der Hüfte. Neurologisch wurde eine diskrete Zehenheberschwäche diagnostiziert. Orthopädischerseits war keine Indikation zum Abbruch gegeben. Wegen schwieriger häuslicher Verhältnisse wurde die Pat. an eine Beratungsstelle verwiesen.

Eine Zusammenfassung dieser Fälle ergibt Tabelle 17.

7.8. Psychiatrische Erkrankungen

In 4 Fällen bedingten psychiatrische Erkrankungen Konflikte in der Schwangerschaft. Sie machten somit 9,5% der medizinischen und 2,6% aller Beratungen aus.(s.Tab. 18).

In allen Fällen war bereits auswärts eine psychiatrische Indikation zum SSA gestellt worden.Im Einzelnen zeigte sich folgendes :

Die erste Patientin hatte durch ein Glaukom ein Auge verloren, fühlte sich nicht in der Lage, ein Kind zu versorgen und war laut Gutachten depressiv verstimmt. Formal war die Indikation zum SSA gegeben, allerdings konnte man sich im Haus nicht dazu entschließen,den Abbruch vorzunehmen. Daher wurde die Patientin auf ihren Wunsch an eine andere Klinik überwiesen.

Tabelle 17: Beratungen aus sonstigen med.- somat. Ursachen

Name	Erkrankung	sonstiges	Procedere
P. A.	Diabetes mellitus juvenilis	Retinopathie III	SSA in der 9. SSW
M. B.	Altersdiabetes	soziale Probleme	SSA in der 6. SSW
E. S.	aplastische Anämie	-----	SSA in der 10. SSW
B. R.	Hüftschmerzen	Venenentzündung soziale Problematik psychische Erschöpfung	Keine medizinische Indikation Sozialberatungsstelle

Auch bei Frau V. T. lag eine Indikation zum SSA wegen eines depressiven Erschöpfungszustandes mit suizidaler Tendenz vor. In der Beratung stellte sich heraus, daß die Frau wegen sozialer Probleme keine weiteren Kinder mehr wollte, weshalb sie an eine Beratungsstelle verwiesen wurde.

Die Beratung der Patientin S. M., 39 J., ledig, Erstgravida, Hausangestellte, soll ausführlicher dargestellt werden:

Seit 27 Jahren ängstlich gefärbte hypochondrische Neurose und Minderbegabung.

Anamnese: Seit 3. Schwangerschaftsmonat zunehmend Depressionen, Einnahme von sehr viel Alkohol und Schlafmittel. Gutachten des einweisenden Arztes: Die SS kann aufgrund des Aufflackerns der endogenen Psychose und der Suizidgefahr nicht ausgetragen werden. Die Pat. lehnt den SSA aus religiösen Gründen vollkommen ab. Der Freund verlangt einen SSA, andernfalls wolle er Frau M. verlassen.

Beurteilung: Reaktiver Verstimmungszustand bei Entscheidungsschwierigkeiten über SSA.

Verlauf: Patientin entschließt sich dann doch zum SSA. Unmittelbar vor der Operation macht sie die Entscheidung rückgängig und verläßt die Klinik. Eine spätere telefonische Rücksprache mit der Patientin ergab, daß sie die SS ausgetragen hat und über ihr Kind sehr glücklich ist. Von ihrem Partner hat sie sich mittlerweile getrennt.

Zur Schwangerschaftskonfliktberatung bei paranoid-halluzinatorischer und manischer Schizophrenie wurde uns Frau F. M., eine ehemalige Prostituierte im Resozialisierungsversuch zugewiesen. Gleichzeitig bestand ein Morbus Werlhof. Die Patientin entschloß sich, die Schwangerschaft auszutragen und wurde durch Kaiserschnitt auswärts von einem gesunden Mädchen entbunden.

Tabelle 18: Beratungen bei psychiatrischen Erkrankungen

Name	Erkrankung	sonstiges	Weiterer Verlauf
S. M.	schwere ängstlich gefärbte hypochondr. Neurose Minderbegabung Suizidgefahr	Nikotin, Alkohol, Schlafmittel, Pat.sehr religiös	Geburt eines gesunden Mädchens
F. M.	Schizophrenie seit 10 J. M. Werlhof	Resozialisierung	Geburt eines gesunden Mädchens durch Sektio
V. T.	depressiver Erschöpfungszustand mit suizidaler Tendenz	Notlage	keine med. Indikation Sozialberatung SSA in anderer Klinik
A. S.	med.-psychiatrische Ind. vom Hausarzt Glaukom	fühlt sich unfähig, ein Kind zu versorgen	keine med. Indikation Abbruch auswärts

8. Beratungen bei sozialer Indikation

Bei 33 Schwangerschaftskonfliktberatungen wegen sozialer Problematik läßt sich eine Aufschlüsselung in verschiedene Konfliktgruppen nicht vornehmen. Sowohl Konflikte mit dem Partner, mit den Eltern als auch finanzielle Probleme meist in Kombination führten zur Ablehnung der Schwangerschaft.

Vier Krankengeschichten sollen neben der Tabelle 19 die Vielfältigkeit der Konfliktsituationen aufzeigen.

K. G. der Pat. S. H., 37 J., Fünftgravida, 2 Kinder, zwei Aborte, Hausfrau.

Anamnese: SSW 6, die Pat. verlangte den Abbruch der Schwangerschaft, weil sie kein weiteres Kind mehr wünsche. Der Mann sei mit dem Abbruch einverstanden; er könne ihr nichts ablehnen.

Ausführliche Beratung; keine Indikation zum SSA unseres Erachtens gegeben. Überweisung an die Sozialberatungsstelle. Keine Rückmeldung über den weiteren Verlauf.

K. G. der Pat. R. G., 20 J., ledig, Erstgravida, Auszubildende.

Anamnese: Jetzt ca. 14. SSW bei Zwillingsschwangerschaft; durch normale Abbruchsblutungen bei oraler Kontrazeption wurde SS drei Monate lang nicht bemerkt. Die Pat. hat Angst vor der Zukunft; die Eltern

der Pat. würden Kinder akzeptieren;
eine Adoption lehnt die Pat. ab.

Verlauf: Weiterführen der SS (Hyperemesis,
EPH-Gestose), Geburt von Zwillingen
in der 34. SSW; Zwilling II: small for
date, postpartale Asphyxie, Sepsis,
congenitales Herzvitium.

K. G. der Pat. T. M., 22 J., ledig, Erstgravida,
griechische Facharbeiterin.

SS in 10. Woche. Deutscher Vater des Kindes bei
Beratung anwesend. Beide kennen sich seit 1 1/2
Jahren; Eltern der Patientin lehnen Freund ab
und wollen sie mit einem jungen Griechen ver-
heiraten. Dieser Grieche versuche das Mädchen
mit Drohungen und Selbstmordversuchen für sich
zu gewinnen. Die Pat. und ihr Freund glauben, die
Eltern des Mädchens umstimmen zu können. Dabei
stehe die SS im Wege, weshalb sie einen SSA wollen.
Es wurde in der Beratung versucht, die Selbstmord-
drohungen des elterlichen Heiratskandidaten zu
relativieren und die Existenz der SS als Möglich-
keit zur Lösung des Konflikts mit den Eltern zu
betrachten. Auf Wunsch des Paares Überweisung zum
Moraltheologen. Keine Rückmeldung.

Bei Frau H. B., ledig, 16 J., Erstgravida, Fach-
arbeiterin war im Jahre 1978 ein Scheidenseptum
bei Uterus duplex cum vagina duplex entfernt
worden. Dabei war der Patientin erklärt worden, daß
sie wahrscheinlich keine Kinder bekommen könne.
Daraufhin Verzicht auf Kontrazeption. Eintritt einer
SS; Kürettage in SSW 9; bei Nachuntersuchungen stellte
man eine SS in SSW 18 fest.

Pat. erscheint mit Vater in der Beratungsstelle und verlangt den SSA. Auf Grund der fortgeschrittenen SS sind nur eugenische oder medizinische Indikationen möglich. Ablehnung alternativer Möglichkeiten (Adoption, Austragen) durch den Vater der Pat.. Um mit Frau B. sprechen zu können, wird der Vater hinausgebeten. Kindsvater sei ein 18-jähriger Lehrling, mit dem sie seit zwei Jahren befreundet sei. Freund sei für SSA oder Heirat. Sie fühle sich ganz vom Vater abhängig.

Vater und Tochter wurde erklärt, daß eine Indikation zum SSA nicht gegeben sei. Daraufhin wurde der Vater aufbrausend und verließ mit der Pat. die Klinik.

Telefonisch kann man später erfahren, daß der vom Vater geplante SSA in Holland vorgenommen wurde.

Eine zusammenfassende Darstellung gibt Tab. 19.

9. Sonstige Beratungen

Neben den 150 Konfliktberatungen, in denen ein Abbruch der SS zur Diskussion stand, erfolgten an der Beratungsstelle noch sechs Beratungen aus verschiedenen anderen Gründen (3,9 %).

Eine Übersicht über diese Konfliktursachen zeigt Tabelle 20.

Tabelle 19: Beratungen bei Notlagenindikationen

Name	SSW	Konflikt	Procedere
S. L.	6	wünscht nach 2 Kindern und 1 SSA keine weiteren Kinder mehr	Sozialberatung
M. M.	8	möchte kein weiteres Kind mehr	Sozialberatung
F. H.	6	möchte kein weiteres Kind mehr	Sozialberatung
H. D.	6	möchte kein weiteres Kind mehr	Sozialberatung Pat. entschloß sich, das Kind zu behalten; in der 12.SSW Abort mit molenartiger Degeneration, Abrasio
S. M.	8	möchte kein weiteres Kind mehr, gibt med.-geburtswegliche Komplikationen an	med.-geburtsweglich o.B., Sozialberatungsstelle SS ausgetragen, keine Komplikationen
L. J.	6	möchte keine Zwillinge (von HA festgelegt)	Ultraschall: Einlings-SS, Geburt eines gesunden Kindes
R. I.	frgl.	in Scheidung lebend, SS nicht vom Ehemann	Gesundheitsamt
P. A.	7	ledig, möchte sich vom Partner trennen	Sozialberatungsstelle
K. L.	6	Ehepaar lebt getrennt	Sozialberatungsstelle
P. A.	8	in Scheidung lebend, arbeitslos	Sozialberatungsstelle SSA in anderer Klinik
B. R.	über 12	getrennt lebend	Empfehlung zum Austragen, Geburt eines gesunden Jungen, Vater des Kindes geheiratet
Y. S.	frgl.	soziale Notlage	Sozialberatungsstelle

Name	SSW	Konflikt	Procedere
M. E.	frgl.	finanzieller Engpass, Mann will sich selbständig machen	Sozialberatungsstelle
E. H.	9	Studentin, ledig, zweites Kind vom selben Partner, finanzielle Notlage	Sozialberatungsstelle
B. C.	22	Alkoholikerin, arbeitslos fünf Monate lang SS nicht bemerkt	Sozialberatungsstelle SS ausgetragen
A. N.	frgl.	soziale Notlage	Sozialberatungsstelle, SSA in anderer Klinik
C. S.	frgl.	soziale Notlage	Sozialberatungsstelle
O. M.	4	soziale Notlage	SSA in anderer Klinik
M. R.	22	Diabetes, Z.n. zwei Frühgeburten, beide postnatal verstorben	Austragen der SS empfohlen, Geburt eines Jungen im 7. Schwangerschaftsmonat
H. H.	8	Studentin, finanzielle Notlage, nervliche Belastung	Sozialberatungsstelle
S. U.	frgl.	soziale Notlage, Indikation vom nieder- gelassenen Arzt bereits erstellt	Sozialberatungsstelle
L. C.	6	Studentin	geht zum eigenen Gynäkologen zurück
S. G.	17	geschieden, Alter der Pat. (48 J.), SSW 14	genet. Beratung, Pat. er- scheint nicht zur Amniocentese psychiatr. Konsil Sozialberatungsstelle
S. C.	frgl.	Ausbildungsbeginn, Malaria prophylaxe in der Frühschwangerschaft	Sozialberatungsstelle

Name	SSW	Konflikt	Procedere
J. E.	10	Soziale Indikation u. psychische Dekompensation	SSA in anderer Klinik
R. P.	14	Pat. hat Zukunftsangst, Eltern der Pat. für Kind	Geburt v. Zwillingen
T. M.	10	Eltern der Patientin lehnen Partner ab	Moraltheologe
H. B.	18	Zustand nach erfolgloser Kürettage, Konflikt mit den Eltern der Pat.	Weiterführen der SS empfohlen, SSA im Ausland
P. H.	6	Mann hat psychosomatische Störungen Familie hat schon fünf Kinder	Sozialberatungsstelle
G. I.	8	V. a. unerwünschte Schwangerschaft	Ultraschall: SSW 8, Gravi-Test +, Sozialberatungsstelle
K. G.	-	V. a. unerwünschte Schwangerschaft	Ausschluß einer SS
P. G.	-	V. a. unerwünschte Schwangerschaft	Ausschluß einer SS
W. S.	-	V. a. unerwünschte Schwangerschaft	Ausschluß einer SS

Tabelle 20: Beratungen ohne den Wunsch nach einem Abbruch

Name	Konflikt	sonstiges	Procedere
O. J.	Amenorrhoe, kurze Bewußtlosigkeit Prostitution	---	Ausschluß einer EUG, SS Vermittlung eines Heims
T.-L.E.	Abortus in SSW 7 Frage nach Ursache	weiterer Kinderwunsch	Abrasio, Beratung
G. W.	vor 2 Wochen 2. Abortus Frage nach Ursache	weiterer Kinderwunsch	Beratung, genet. Konsil wird von Pat. abgelehnt
G. S.	V. a. Blasenmole	---	keine Befundbestätigung Geburt eines Kindes
H. D.	Z. n. Sektio mit nachfolgendem Subileus (2. Kind) Frage nach weiteren SS	Kinderwunsch Mißverhältnis kindl. Kopf - mütterl. Becken	Besprechung der Kontrazeption einschl. Sterilisation
O. A.	Tante der Pat. an Retinopathia pigmentosa erkrankt	---	kein erhöhtes Risiko für Kind lt. Auskunft der genet. Beratungsstelle

10. Weiteres Schicksal der Schwangerschaften bei Patientinnen mit Abbruchwunsch

Unabhängig von einer vorliegenden Indikation zum SSA wurde in unserer Klinik zunächst die Indikation gegebenenfalls mit neuen Untersuchungen überprüft und eine ärztliche Entscheidung bzgl. des Abbruchs getroffen. In der Beratung der Patientinnen wurden ihr die Fakten, die zu dieser Entscheidung führten, dargelegt, und ihre eigenen Vorstellungen vom weiteren SS-Verlauf durchgesprochen. Einen groben Abriß über das weitere Schicksal der SS nach der Beratung gibt Tabelle 20.

Ärztliche Entscheidung	Mütterliche Entscheidung	Schwangerschaftsverlauf
Indikation gegeben 38 % (57 Fälle)	Weiterführen der SS 5 % (3 Fälle)	Geburt von drei gesunden Kindern
	für Abbruch 95 % (54 Fälle)	Abbruch im Haus 94 % (51 Fälle) Abbruch auf Wunsch in anderer Klinik 6 % (3 Fälle)
Indikation nicht gegeben 62 % (93 Fälle)	Weiterführen der SS angestrebt 44 % (41 Fälle)	SS sicher ausge- tragen 16 % (7 Fälle) nicht bekannt 84 % (34 Fälle)
	für Abbruch 56 % (52 Fälle)	Abbruch in anderer Klinik bekannt 17 % (9 Fälle) SS sicher weiter- geführt 8 % (4 Fälle) nicht bekannt 75 % (39 Fälle)

Bei zwei Schwangerschaften lag ein missed abortion vor und in ebenfalls zwei Schwangerschaften war es interkurrent zu einem Spontanabort gekommen. Bei drei Patientinnen konnte eine SS ausgeschlossen werden.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß nahezu die Hälfte der Frauen, bei denen wir keine Indikation zum SSA sahen, nach der Beratung bereit waren, die SS fortzuführen.

11. Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch

11.1. Herkunft der Indikationen

Bei den insgesamt 156 Beratungsfällen lag bei 68 Fällen bereits vor der Beratung von verschiedenen Stellen eine Indikation zur Abortio vor oder wurde danach festgestellt. Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der erstellten Gutachten auf verschiedene Einrichtungen.

Tabelle 21: Indikationen zum SSA in Bezug zu den Gutachterstellen

Indikationsgut- achter	eug.	med.	soz.	gesamt
Fachkliniken der LMU München	22 67%	18 55%	-	40 59%
andere Kliniken	3 9%	7 21%	-	10 14%
niedergelassene Ärzte	8 24%	8 24%	2	18 27%
total	33	33	2	68 100%

Wie zu erwarten, kam die Mehrzahl der Gutachter aus den einzelnen Fachkliniken der Universität selbst (59 %). 41 % der Gutachten wurden an anderen Stellen erstellt.

Ein SSA wurde insgesamt in 51 Fällen durchgeführt. Abgelehnt wurden 9 Indikationen. In 7 Fällen konnte man sich einer von niedergelassenen Ärzten erstellten Indikation nicht anschließen; in einem Fall wurde eine Indikation aus einer Universitätsklinik bzw. einer anderen Klinik abgelehnt. In 2 Fällen war nach gestellter Indikation interkurrent die Frucht abgestorben.

Im folgenden werden nur solche Indikationen berücksichtigt, in denen eine intakte SS im Hause abgebrochen wurde.

Die Verteilung der Abbrüche im Beobachtungszeitraum zeigt Abbildung 8.

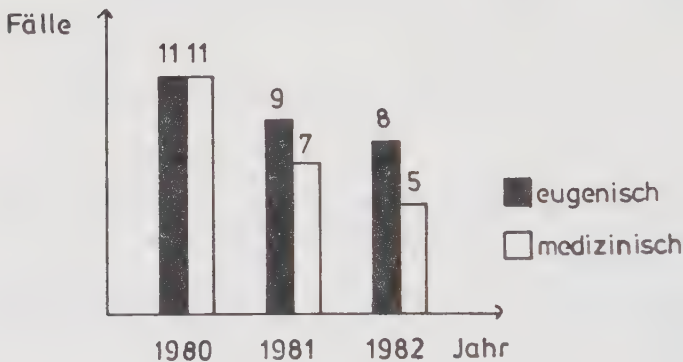


Diagramm 8: Verteilung der Abbrüche im Beobachtungszeitraum

1980 wurden 43,1 %, 1981 31,4 % und 1982 25,5 % aller Abbrüche durchgeführt. Der Rückgang der Abbruchszahlen verteilte sich gleichmäßig auf eugenische und medizinische Indikationen. Damit ergibt sich eine Abnahme der SSA von 1980 bis 1982 um 40,9 %. Dies korreliert gut mit dem in Teil C 1 beschriebenen Rückgang der Beratungszahlen um 38,5 % im Beobachtungszeitraum.

Insgesamt wurde nach einer eugenischen Beratung etwa jede dritte Schwangerschaft und nach einer medizinischen Beratung etwa jede zweite Schwangerschaft abgebrochen.

Die Abbrüche verteilten sich auf die einzelnen Indikationsgebiete wie folgt:

kindlich: Erberkrankungen	18
Medikamente und Alkohol	3
Infektionen	3
Strahlenbelastung	2
Stoffwechselkrankheiten	1
erfolglose Abrasio	1
medizinisch: med.somatisch	23
gesamt	51

Abbrüche bei kindlicher Indikation wurden in 28 Fällen durchgeführt. Bei 14 dieser Fälle (50 %) wurden fetale Schäden nachgewiesen, bei vier (14 %) lagen familiäre Erberkrankungen zugrunde und in 10 Fällen (36 %) waren exogene oder endogene Noxen der Abbruchsgrund. In 7 Fällen lagen noch medizinische oder zusätzliche exogene Noxen vor.

Mütterliche Indikationen führten in 23 Fällen zur Abortio. Davon wiesen acht Mütter kardiovaskuläre Erkrankungen (35 %), fünf Mütter eine gastrointestinale Erkrankung (21 %), vier eine Erkrankung des Urogenitalsystems (17 %), zwei eine neurologische Erkrankung (9 %) und vier sonstige Erkrankungen auf. Zusatzindikationen durch exogene Noxen oder Notlage waren in acht Fällen zu verzeichnen.

SSA aus sozialer Notlage wurden nicht durchgeführt.

11.2. Altersverteilung der Patientinnen

Die Verteilung der Abbrüche nach mütterlichem Alter zeigt die folgende Tabelle:

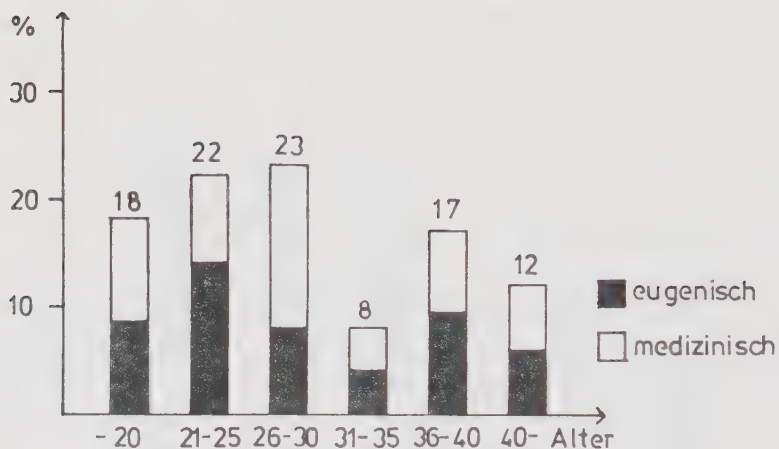


Diagramm 9: Alter der Frauen mit SSA

Das durchschnittliche Alter der Patientinnen bei med. und kindl. Indikationen zur Zeit des SSA betrug 29,6 Jahre und entsprach damit genau dem Durchschnittsalter der Beratungen bei kindlichen und medizinischen Konfliktfällen. Der Medianwert lag entsprechend (29 J.). Mit anderen Worten erwies sich die Altersverteilung unabhängig von der Art der Indikation.

Gegenüber der Verteilung der Beratungsindikationen (Diagramm 3) fällt auf, daß Abbrüche bei Patientinnen unter 20 bzw. über 40 häufiger durchgeführt wurden als im übrigen Beratungsgut. Eine Überprüfung mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests ergab jedoch keine signifikanten Abweichungen auf dem 1 % - Niveau. Der Rückgang der Abbrüche im Alter von 31 - 35 J. erwies sich ebenfalls als nicht signifikant (1 % - Niveau).

11.3. Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs

Der Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs bei mütterlichen Indikationen ist im § 218 StGB nicht limitiert. Schwangerschaftsabbrüche aus eugenischer Indikation müssen jedoch spätestens 22 Wochen post conceptionem durchgeführt sein. Die Zahl der SSA wurde unter Berücksichtigung der Indikationen in Tabelle 23 dem Gestationsalter gegenübergestellt. Die Schwangerschaftsdauer wurde vom Zeitpunkt der Konzeption bis zum Tag des Abbruchs gerechnet. Als Berechnungsgrundlage für den Konzeptionstermin diente die Regelanamnese und die Bestimmung des Gestationsalters durch Ultraschall.

Tabelle 23: Zeitpunkt der SSA

SSW	med.	exogene Noxen	Erbkrankh.	gesamt	
- 7	2	-	-	2	3,9%
8 - 12	17	4	3	24	47,1%
13 - 17	4	2	1	7	13,7%
18 - 22	-	4	8	12	23,5%
22 -	-	-	6	6	11,8%
total	23	10	18	51	100,0%
$\bar{x}$	10,1	14,7	20,1	14,53	

Die mittlere Schwangerschaftsdauer zur Zeit des Abbruchs betrug 14,5 SSW. Die Mittelwerte für die einzelnen Indikationen sind der Tabelle 23 zu entnehmen.

Abbrüche aus medizinischer Indikation wurden im Mittel signifikant früher durchgeführt als Abbrüche aus eugenischen Indikationen. (1 % - Niveau des Mediantests). Innerhalb der kindlichen Indikationen lag wie zu erwarten die durchschnittliche Schwangerschaftsdauer bei exogenen Noxen ebenfalls signifikant niedriger als bei den Abbrüchen aufgrund von kindlichen Erbschäden (1 % - Niveau, Mediantest).

Bei den eugenischen Indikationen war es in sechs Fällen von Erberkrankungen zur Überschreitung der Abbruchsfrist gekommen. Nach der 22. SSW kann eine Abruption nur dann durchgeführt werden, wenn die Frist nur um wenige Tage überschritten ist, oder der Schweregrad einer diagnostizierten kindlichen Schädigung ein Weiterleben außerhalb des Uterus unmöglich erscheinen läßt. Dies kann zu einer so schwerwiegenden Beeinträchtigung des seelischen Gleichgewichtszustandes der Mutter führen, daß ein Abbruch der SS gerechtfertigt ist. (§ 218 a, Abs. 1, Nr. 2 und Kommentar 19 ff). Eine Übersicht der Abbrüche bei Terminüberschreitungen gibt Tabelle 24.

Tabelle 24: Terminüberschreitungen bei kindl. Indikationen

Indikation	SSW bei Diagnostik	SSW bei Abbruch
47, XYY	17	23
Trisomie 18	18	25
47, XY + marker	17	23
Anencephalus	26	26
Anencephalus	25	25
multiple Mißbildungen	23	25

Ein Vergleich mit den Angaben in C 4 zeigt, daß in sechs von sieben Terminüberschreitungen bei Erberkrankungen ein Abbruch durchgeführt wurde, nicht dagegen in drei kindlich-exogenen Fällen.

11.4. Abbruchverfahren und Komplikationen

Angaben über die Abbruchverfahren können aus Tabelle 25 entnommen werden. Da die Wahl des Abbruchverfahrens in erster Linie von der Gestationsdauer abhängt, wird im folgenden auf eine Berücksichtigung der Indikationen verzichtet. In Abhängigkeit des Gestationsalters zum Zeitpunkt des Abbruchs wird die Anzahl der jeweils verwendeten Abbruchverfahren aufgeführt.

Tabelle 25: Abbruchverfahren in Abhängigkeit vom Gestationsalter

Methoden	- 12. SSW	12.-22.SSW	22 SSW -	ges.
Saugkürettage	16	-	-	16
Dilatation	5	-	-	5
medikamentöse Einl. und Nachkürettage	-	12	3	15
sectio vaginalis	-	9	2	11
sectio parva abdom.	-	-	1	1
Uterusextirpation	2	-	-	2
Radiumeinlage	1	-	-	1
total	24	21	6	51

Insgesamt wurden in 21 Fällen (41,2 %) eine Kürettage, in 16 Fällen (29,4 %) eine medikamentöse Geburtseileitung mit Nachkürettage, in 14 Fällen (27,5 %) eine Hysterotomie bzw. Hysterektomie und in einem Fall (1,9 %) die Therapie der Grunderkrankung (Radiumeinlage) als Methode zum SSA verwendet.

Frühkomplikationen nach einem SSA traten in fünf Fällen auf (9,8 %). Diese verteilten sich wie folgt:

- 2 Fälle von Nachblutungen nach vag. Sectio
- 2 Fälle akuter depressiver Verstimmungszustände
- 1 Fall von teilweiser Hypästhesie des linken Armes nach Saugkürettage.

Angaben über Spätkomplikationen fanden sich nur in einem Fall nach Saugkürettage (2 %). Dabei handelte es sich um eine psychisch labile Patientin, bei der am 12. postoperativen Tag eine Harnverhaltung bei Ureterstenose eintrat. Eine gynäkologische Ursache konnte nicht gefunden werden.

Eine Komplikation des SSA im weiteren Sinne trat bei einer Patientin mit juvenilem Diabetes mellitus auf. Nach dem Abbruch entgleiste die Einstellung des Diabetes. Es traten sowohl hyperglykämische als auch hypoglykämische Zustände auf. Eine Neueinstellung gelang nur mangelhaft.

Als Komplikationen durch den SSA wurde sowohl operationsbedingte (3) als auch reaktiv-psychisch bedingte (2) und auch Verschlechterungen des Krankheitsbildes (1) beobachtet.

12. Kontrazeptionsverhalten der beratenen Patientinnen mit Abbruchwunsch

In der Zeit sicherer Kontrazeptionsmethoden stellt sich die Frage, wie es im Einzelfall zu der ungewünschten Schwangerschaft kam. Die folgende Tabelle zeigt das Kontrazeptionsverhalten der beratenen

Frauen vor Eintritt der SS in Abhängigkeit zu den Indikationen.

Tabelle 26: Kontrazeptionsmaßnahmen zum Zeitpunkt des Eintritts der ungewünschten SS

Methode	med.	eug.	soz.	gesamt
orale Kontrazep.	5	9	4	18
Spirale	4	10	-	14
Tubensterilisation ^x	1	-	-	1
Temperaturmethode	-	-	1	1
Stillperiode	1	1	-	2
Postmenopause	-	-	1	1
andere (Condom, chem.vaginal)	-	4	1	5
keine Kontrazep.	16	17	9	42
fraglich	12	9	16	37
erwünschte SS	3	25	1	29
total	42	75	33	150

x Operationsversager

Angaben über das Kontrazeptionsverhalten vor der Schwangerschaft waren nur in rund 75 % der Fälle verfügbar. Relativ unsichere Methoden wie z. B. die Zeitwahl bzw. der Koitus interruptus werden von vielen Frauen als ungenügend eingestuft und deshalb in der Anamnese häufig nicht angegeben.

Trotzdem kann angenommen werden, daß etwa in der Hälfte der SSK-Fälle keine sicheren Verhütungsmethoden angewandt wurden.

Nach einem Schwangerschaftsabbruch aus eugenischer Indikation wurde in 14,3 % (fünf Fällen), nach einem SSA aus medizinischer Indikation in 69,6 % (16 Fälle) eine irreversible Sterilisationsmaßnahme empfohlen. Durchgeführt wurde eine Sterilisation der Frauen nach einem Abbruch in 25,4 % aller SSA. Im Rest der Fälle bestand weiterhin Kinderwunsch bzw. wurde eine andere sichere Verhütungsmethode empfohlen.

D. DISKUSSION

In den Jahren 1980 - 1982 wurde an der Familienplanungsstelle der Klinik im Durchschnitt pro Jahr 52 Beratungen durchgeführt. Von 1980 bis 1982 gingen die Konfliktberatungen an unserer Klinik um etwa 1/3 zurück. Sowohl der Rückgang als auch die im Vergleich zu anderen Autoren (7,16) relativ niedrigen Beratungszahlen sind wohl zum Teil darauf zurückzuführen, daß an der Klinik ein SSA nur aus medizinischer bzw. eugenischer Indikation durchgeführt wird, wobei die Indikation von einem jeweils fachkompetenten Institut oder einer Klinik der Universität gestellt wird.

Dies bewirkt außerdem eine Selektion des Beratungsgutes.

Wir hatten daher anders als in der Bundesstatistik (2) (kindl. 3,5 %, med. 22,5 %, soz. 74,0 %) die häufigsten Beratungen bei kindlichen (48 %) Indikationen und nur 26,9 % mütterliche und 21,2 % Notlagenindikationen. Die strenge Selektion bewirkt ferner, daß 44 % der Frauen, bei denen keine Indikation zum SSA gestellt wurde, grundsätzlich nach der Beratung bereit waren, die SS weiterzuführen.

Als Medianwert der Altersverteilung ergab sich in unserem Krankengut für Frauen mit Konfliktschwangerschaften 28 Jahre. Davon standen im 21. bis 30. Lebensjahr 44,2 %, im 31. bis 40. Lebensjahr 37,2 % . 20 oder jünger waren 11,5 %, älter als 40 waren 7,1 % der Frauen. Eine ähnliche Altersverteilung fand auch TROTHA (16) .

Insgesamt waren 28,8 % der Patientinnen ledig, 64,8 % verheiratet und 3,8 % geschieden. Ohne Angaben 2,6 % , dabei lag der Anteil der ledigen Frauen mit sozialer Notlage besonders hoch. TROTHA (16) berichtet über 25,7 % ledige, 65,3 % verheiratete und 8,6 % geschiedene sowie 0,4 % verwitwete Frauen. In Anbetracht der geringen Fallzahlen kann man auch hier von einer guten Übereinstimmung sprechen. HÖHLICH (4) fand einen etwas niedrigeren Prozentsatz verheirateter Frauen (62,5 %).

Die Hälfte der Frauen mit SSK stehen im Berufsleben, 1/3 ist Hausfrau und 10 % sind arbeitslos bzw. in Ausbildung.

Im Durchschnitt lag die Kinderzahl bei 1,3 Kindern pro Frau. Nullipara waren 38,5 %. HÖHLICH (4) berichtet über 35,4 % Erstgravida in seinem Patientengut.

Faßt man zusammen, so sind die Frauen mit SSK bei uns in der Mehrzahl zwischen 20 und 40 Jahren, verheiratet, stehen im Berufsleben und haben 1 - 2 Kinder.

10,9 % der Frauen hatten früher schon einmal einen SSA vornehmen lassen und 14,1 % aller vorangegangenen SS hatten mit einem Spontanabort geendet.

16 % aller Frauen suchten bis zur achten SSW p.c., 52,5 % bis zur 12. SSW und 37,9 % nach der 12. SSW um eine Beratung nach. 4,5 % der Frauen waren nicht gravide (keine Angaben 5,1 %). TROTHA (16) berichtet über 27,3 % Beratungen bis zur 8. SSW, und über 79,8 % Beratungen bis zur 12. SSW. Lediglich 19,1 % der Patientinnen kamen nach der 12. SSW, 1,7 % waren nicht gravide. Die unterschiedliche Verteilung

der Gestationsdauer in den beiden Untersuchungen resultieren zum einen aus der Tatsache, daß Abbrüche aus sozialer Indikation in unserer Klinik im Vergleich zu der Universitätsklinik Essen nicht vorgenommen werden. Dadurch entfällt in den meisten Beratungsfällen die Frist der 12. SSW für Notlagenindikationen. Zum anderen lag der Anteil der kindlichen Indikationen in unserem Beratungsgut sehr hoch. Die hier häufig nötigen Untersuchungsmethoden wie z. B. Amniocentese oder Fetoskopie können erst später in der SS durchgeführt werden.

Der Ausländeranteil betrug 20,5 % und ist vor allem in unserem Beratungsgut auf die Beratungen bei Thalassämie-Patientinnen zurückzuführen (insgesamt 40,9 % der Ausländerinnen).

Abbrüche aus genetischer Indikation wurden bei allen nachgewiesenen gonosomalen und autosomalen sowie in allen nicht auszuschließenden Erberkrankungen durchgeführt. Bei exogenen Noxen und medizinischen Erkrankungen wurde ein SSA nur nach entsprechenden Überprüfungen vorgenommen. Abbrüche aus anderen Indikationen wurden nicht durchgeführt.

Insgesamt wurde in 36 % der SSK die SS aus mütterlicher und kindlicher Indikation abgebrochen, in 29 % wurde die SS weitergeführt und in 35 % wollte die Mutter an anderer Stelle versuchen, einen Abbruch der SS zu erreichen. TROTHA (16) bzw. HÖHLICH (4) berichten in ihrem Krankengut über 69,4 % bzw. 91,9 % Abbruchindikationen, in 19 % bzw. 8,1 % erfolgte keine Indikationsstellung und in 3,2 % bzw. 2,0 % wurde die SS weitergeführt. Ein Vergleich der Indikationsaufteilung zeigt, daß bei Trotha 23,6 % medizinisch,

8,1 % eugenisch, 15,2 % in direktem Zusammenhang mit dem Versagen einer intrauterinen Kontrazeptionsmaßnahme und 53,1 % aus Notlage durchgeführt wurden. HÖHLICH stellte in 12,8 % eine medizinische, in 3,3 % eine kindliche, in 83,8 % eine Notlagenindikation und in 0,1 % eine ethische Indikation fest. Die Bundesstatistik (2) gibt durchschnittlich für die Jahre 1980 und 1981 21,7 % medizinische, 3,4 % eugenische, 73,5 % Notlagenindikationen und 0,1 % ethische Indikationen an. (1,5 % unbekannt). Das Verhältnis von medizinischen zu kindlichen Indikationen betrug in unserem Krankengut 1 : 1,2 , bei TROTHA 1 : 0,34 , bei HÖHLICH 1 : 0,26 und in der Bundesstatistik 1 : 0,16. Der erhöhte Anteil der Abbrüche aus kindlicher Indikation an den Universitätskliniken gegenüber dem Bundesdurchschnitt ist durch das höhere Gestationsalter und die dadurch schwierigeren Abbruchsbedingungen erklärbar.

Bei den 28 eugenischen Abbrüchen konnte in 14 Fällen (50 %) eine fetale Schädigung nachgewiesen werden, bei 4 (14,3 %) waren familiäre Erberkrankungen vorhanden und 10 Fälle (35,7 %) waren irgendwelchen Noxen ausgesetzt. In den aus einer anderen Universitätsfrauenklinik Münchens (17) berichteten 148 Fällen (21.06.1976 - 31.12.1981) fand sich folgende Verteilung: 53 (35,8 %) der fetalen Schäden waren nachgewiesen, in 25 (16,9 %) waren familiäre Erberkrankungen bekannt und in 70 (47,3 %) hatten exogene Noxen eingewirkt.

Die 23 Abbrüche aus medizinischer Indikation teilten sich im Vergleich zu TROTHA (Zahlen in Klammern) wie folgt auf:

kardiovaskuläre Erkrankungen 34,8 % (21,4 %), pulmonale und gastrointestinale Erkrankungen 28,6 % (26,1 %), Urogenitalerkrankungen 17,4 % (17,1 %), neurologische Erkrankungen 8,6 % (8,6 %), sonstige Erkrankungen 13 %

(allgemein internistisch und orthopädisch 18,5 %). Bei TROTHA wird außerdem noch über 25,7 % Abbrüche aus psychiatrischer Indikation berichtet.

In unserem Krankengut waren die Mütter zur Zeit des Abbruchs im Durchschnitt 29,6 Jahre alt. Im 20. - 29. Altersjahr standen dabei 45,4 % der Patientinnen, im 30. - 40. Lebensjahr 17,4 %. Jünger als 21 und älter als 40 waren 17,4 % bzw. 11,8 % der Frauen. MALL-HÄFELI (7) und RUNTE (12) fanden folgende Altersverteilung : Von 20 - 25 Jahren 50 % bzw. 40,9 %, 30 - 40 Jahre 24 % bzw. 33 % , kleiner 20 12,4 % und größer 40 6 bzw. 6,5 % . Unsere Werte liegen für alle Altersstufen unter 40 Jahren zwischen den Werten von HÄFELI und RUNTE. Häufiger als in den beiden anderen Kollektiven fanden wir Beratungen bei Frauen über 40. Dies kann mit dem höheren Anteil an eugenischen Indikationen erklärt werden.

Die mittlere Gestationsdauer beim Abbruch war 17,5 SSW p.c. . Bis zur 12. SSW waren 51 % der Abbrüche durchgeführt, bis zur 22. SSW 88,2 %. In 11,8 % wurden bei kindlichen Indikationen Abbrüche jenseits der 22. SSW p.c. durchgeführt. Über 9 kindliche Abbrüche bei Terminüberschreitungen berichtet auch ZANDER (17). Die Indikationen zum Abbruch waren in beiden Kollektiven nachgewiesene fetale Schäden.

Eine uns unbekannte Zahl von Frauen (mindestens 6 %, evtl. bis 32 %) ließen nach der Beratung die SS an anderer Stelle abbrechen (in einem Fall im Ausland). Hier stellt sich die Frage, inwieweit die Entscheidung des Arztes, den SSA nicht vorzunehmen, die Frauen vom Abbruch abhalten kann. Sicher kann nur gesagt werden, daß bei uns in vier Fällen durch die Beratung eine Frau

mit vorher feststehendem Abbruchwunsch zum Austragen bewogen wurde. Drei Schwangerschaften wurden trotz erhöhten Risikos für Mutter bzw. Kind weitergeführt, da der Wunsch der Schwangeren nach einem Kind sehr groß war. Die Kinder waren in allen drei Fällen gesund und die Gesundheit der Mutter nach der Geburt nicht beeinträchtigt.

Eine Einschätzung des Kontrazeptionsverhaltens in unserem Patientengut ergab, daß die Hälfte aller Frauen zum Zeitpunkt der Empfängnis keine Kontrazeption betrieben hatten. RUNTE (12) bzw. MALL-HÄFELI (7) konnten an größeren Kollektiven zeigen, daß 30 % bzw. 35 % der Frauen keine Kontrazeption und nur 19 % bzw. 12,5 % eine mittlere bzw. zuverlässige Kontrazeption betrieben hatten. In allen Untersuchungen zeigte sich eine deutliche Vernachlässigung der Schwangerschaftsverhütung.

E. ZUSAMMENFASSUNG

Zwischen 1980 und 1982 wurden an der Frauenklinik der Universität München im Klinikum Großhadern 165 Schwangerschaftskonfliktberatungen durchgeführt. 156 Krankengeschichten konnten dabei ausgewertet werden.

Patientengut

Im Durchschnitt waren die Patientinnen 29,5 Jahre alt. Ledig waren 28,8 % der Frauen, verheiratet 64,8 % und geschieden 3,8 % (fraglich 2,6 %).

Eins bis sieben Kinder hatten 58,3 % der Patientinnen, Nullipara waren 38,5 % der Frauen. Abbrüche in einer früheren Schwangerschaft waren bei 10,9 % der Patientinnen durchgeführt worden.

Beratungen

52 % der Beratungen wurden bis zur 12. SSW, 83,3 % bis zur 22. SSW und 7,1 % nach der 22. SSW durchgeführt. (keine SS 4,5 %). In 48 % der Konflikte lag der Verdacht einer kindlichen Schädigung vor, in 26,9 % eine mütterliche Erkrankung und in 21,2 % eine soziale Notlage (3,9 % der Pat. hatte keinen Abbruchwunsch). Die kindlichen Beratungen teilten sich folgendermaßen auf: Beratungen bei Erberkrankungen 23,1 %, Beratungen bei Verdacht auf Schaden durch exogene Noxen 24,9 %. Die mütterlichen Beratungen verteilten sich wie folgt: Kardiovaskuläre Erkrankungen 7,0 %, gastrointestinale Erkrankungen 5,1 %, pulmonale Erkrankungen 2,6 %, Urogenitalerkrankungen 3,8 %, neurologische Erkrankungen 3,2 %, psychiatrische Erkrankungen 2,6 %, sonstige 2,6 %.

Indikationen

In 36 % der Beratungen mit Abbruchwunsch wurde ein SSA durchgeführt (23 medizinische, 28 kindliche

Indikationen). 29 % der Mütter konnten zur Weiterführung der Schwangerschaft motiviert werden, 35 % der Frauen wollten sich an anderer Stelle um eine Abortio bemühen. Bei 3 Patientinnen (2 %) konnte eine SS ausgeschlossen werden (sonstige 6,7 %).

Die Indikation zum Abbruch verteilten sich wie folgt:
Erberkrankungen 35,3 %, exogene Noxen 19,6 %.
Mütterliche Erkrankungen: 45,1 %.

Im Mittel wurde der SSA in der 14,5. SSW durchgeführt.

Unsere Ergebnisse werden mit den in der Literatur gefundenen Ergebnissen über die Zusammensetzung und Indikationen der Schwangerschaftskonfliktberatungen und Schwangerschaftsabbrüchen verglichen.

F. LITERATURVERZEICHNIS

- 1) BACHMANN, K.D., E. EWERBECK: Pädiatrie in Praxis und Klinik, Gustav-Fischer-Verlag Stuttgart, 1978
- 2) Statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland 1980 - 1981
- 3) HEPP, H.: Schwangerschaftsabbruch aus kindlicher Indikation aus der Sicht eines Frauenarztes, Geburtshilfe u. Frauenheilkunde 43 (1983) 131 - 137
- 4) HÖHLICH, D., N. GAERRET-BLEEK: Erfahrungen einer Modellberatungsstelle nach der Novellierung des § 218 StGB (1976/77), Arch.Gynecol. (1979), 228 (1 - 4), 383
- 5) KEPP-STAEMLER: Lehrbuch der Gynäkologie, Thieme - Verlag, Stuttgart 1982
- 6) LAU, H.: Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch, Karl-Demeter-Verlag, Gräfelfing, 1976
- 7) MALL-HÄFELI, M: Eine Prospektivstudie des Sozialmedizinischen Dienstes der Universitätsfrauenklinik Basel, Arch.Gynecol. (1979) 228 (1 - 4), 389
- 8) MAYEWSKI, F.: Zur Frage der Interruptio bei alkoholkranken Frauen, Dtsch. Med. Wochenschr. 103 (1978), 895
- 9) MILLER, E.: Cosequences of confirmed maternal rubella at successive stages of pregnancy, Lancet, 1982 II, 781
- 10) MURKEN, J.-D.: Der Schwangerschaftsabbruch aus kindlicher Indikation, Internist 19, 310 (1978)

- 11) MURKEN, J.-D., H. CLEVE: Humangenetik, Enke, Stuttgart 1979
- 12) RUNTE, L.: § 218 nach der Reform, Erfahrungsbericht eines Arztes, Kiepenheuer & Witsch, Köln 1978
- 13) SCHUMMER, M.: Indikationen bei legal durchgeführtem SSA in Bayern in den Jahren 1966 bis 1975, Dissertation LMU München 1982
- 14) Sitzungsbericht des Ärztlichen Vereins Hamburg, MMW, aktuelle Medizin 20 (1978), Nr. 49
- 15) STIEVE, F.E.: Strahlenexposition als Indikation zum Schwangerschaftsabbruch, Internist 19, (1978), 299
- 16) v. TROTHA, A: Analyse des Patientengutes und Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch, Internist 19 (1978), 299
- 17) ZANDER, J.: Die kindliche Indikation zum Schwangerschaftsabbruch, Erfahrungen aus der I. Universitäts - Frauenklinik München nach der Reform des § 218; Bayerische Gynäkologentagung 1983, Bamberg

LEBENS LAUF

Name: Gerda H ö f l e r
Geburtsdatum: 25. November 1958
Geburtsort: Peißenberg
Familienstand: ledig
Konfession: röm.-kath.
Eltern: Georg Höfler, Plastikfacharbeiter
und Elfriede, geb. Eisenschmid
Hausfrau

Schulbesuch: Grundschule Peißenberg 1965 - 1969
Gymnasium Weilheim 1969 - 1978
Abitur 1978

Studium: Beginn des Medizinstudiums in München 1978
Physikum im August 1980
1. Staatsexamen im August 1981
2. Staatsexamen im März 1984
3. Staatsexamen im April 1985 schriftlich
im Mai 1985 mündlich

Approbation erhalten am 15. Mai 1985

Assistenzarztzeit: seit dem 14.01.1986 Kinderkurklinik
"Sancta Maria", Oberjoch

